فهرسة مبلغ البراح في علم الجراح

صحيفة

صحيفه

صحيفه

صحيفه

صحيفة

الباب الثالث فى آفات الثدى وما يلزم لها من العمليات

١٨٥ الباب الرابع فى آفات الخصية وما يتبعها وفى العمليات اللازمة لذلك وهى ثلاث عشرة آفة

٢٠١ الباب الخامس فى آفات الكلى والحالبين والمثانة وهى ثنتا عشرة آفة

صحيفه

صحيفه

صحيفه

الباب الثانى فى آفات الجبيلات العصبية والعامود الشوكى وهى احدى عشرة آفة

صحيفه

صحيفه



حمدك يامن تعالى عن لواحق المعلولات والعلل * وتنزه عن لوازم الاجرام
من التغير والسآمة والملل * شفاء النفوس والارواح وراحة الفؤاد عند آلام
الجراح ومنتهى بلوغ الامل * فسبحانك من اله اتقن ماصنع واحكم ماله
ابدع واخترع وقيض من شاء لمزاولة العمل * خلقت الموت والحياة وقدرت
السلامة والنجاة وجعلت لكل مخلوق اجل * فاستوهبك الصلاة والسلام
واستهديك الاجلال والاكرام واسئلك التحيات الاول * الى طب القلوب
والفؤاد ورب الشفاعة فى يوم التناد وآله وصحبه ماطلع نجم اوافل * امابعد
فيقول رهين المساوى محمد الهراوى انه لما كان اشراق المملكة المصرية
واستنارة ارجائها البهية من قديم الزمان بالعلوم والمعارف وبديع الصنايع
واللطايف ورأت ان ذلك قد اندرس منها معالمه منذ ازمان وتوحدت ما آثره حتى
كادان لايذكر بلسان تعلقت باذيال من دعته المعالى لقبوله وقد كان منها

لغيره الاباء والنفور واستمارت بجاهه في خدمة اعتابه حتى تكون لها تجارة
لن تبور واستعبدت عزمه في ان يجمع ما تفرق منها في الممالك ويرده اليها من
اقرب الطرق والمسالك

وزير رقى في المجد غاية ذروة * وفي الحمد والعلياء ارفع منزل
فان يدع في الاخلاق كان محمدا * وان يدع في العلياء كان لها علي

فاجابها بوجه باسم طلق وبسط بساط القبول لكل ما كنت من اهلها ومنطاق ومكنهم من بابه ومن كل ما فيه يرغبون فتراهم على اعتابه مزدحمين من كل حدب ينسلون ومن جملة من حضر افسيح هذه الساحة فرقة من مهرة علم الطب والجراحة كان بهم بلوغ الحظ الاوفر من هذا الفن ونيل المرام على ما ينبغي بتيسنا لا بحسب الظن حيث تحصلت منهم كتبه المعتبرة وصارت من جملة الكتب العربية المفتخرة وكان اعظم من حضر من هؤلاء المهرة وعرف بالعمليات المشتهرة كلوت بيك صاحب الباع الطويل في اعمال اليد والابداع الجميل عند التصرف بها بالوقوف على الحد لذلك اختار ان يتولى تعليم الجراحة بنفسه وان يترجم من كتبها كتاب المعلم بيجن ايكون محل درسه لكنه لشدة اختصاره كان في التوضيح لا يشفي الغليل * ولا يفهم المراد من عبارته بقوة الصريح الا القليل * فضم اليه في اكثر الاحوال عبارات يستدعيها المقام وامتزجت به من غير تمييز عن الاصل الامتزاج التام فزاد بذلك عن اصله نحو الثلث تقريبا وبعد اليوم عن اسمه بسبب ما ضم اليه وما صنع فيه صفوة ونصوبا حيث ترجمه الخواجا يوحنا عنحوري المترجم الاول بالاملاء علي وبجملة من اصحابي وكل بذل فيه طاقته وزادت فيه متاعبي واوصابي وكنت حينا مستملا له او حضور دراسته اجهد نفسي في مراجعة الجراحة العربية لاجري اصطلاحها في عبارته فجاء بحمد الله كتابا نجيبا وافيا بالمرام كافيا في فنه كاشفا عن غوامضه اللثام وكان خامس كتاب طبعته من كتب الفنون الطبية من بعد تهذيبه واجرائه على اساليب الكتب العربية ولا اقول ان تعبي في تحريره بلغ السها ووصبي في تنقيحه وصل المنتها فان انسجام مبانيه شاهد بذلك واتساق معانيه رقيب على ما هنالك وقد بلغ

من ذلك والله الحمد اهله وكل عامل سيلقى عمله وقد سميته مبلغ البراح فى فن الجراح اوغاية المد فى اعمال اليد وارجو من المولى الكريم ان لا يخيب فيه مساعى وان ينفع به عباده مع بلوغى لديه ما ارتجى انه اكرم مسئول واعز مأمول

ديباجة جامعة كلوت بيك

لما انتصبت لتدبير مدرسة ابى زعبل وتنظيمها لم اقتصر على القيام بوظيفة رياسة المدرسة فقط بل اردت ان تكون لى حصة فى التعليم فاخترت تعليم علم الامراض الجراحية لما انه الذ لى من غيره ولكونى رأيت نفسى فيه امثل من غيرى لكننى خفت من ان اعتمد على ضعف معارفى وتجاربى واولف كتابا من نفسى فى هذا الفن فاضطررت لان اعتمد على احد المؤلفات الموجودة المختارة فلم اجد احسن من مؤلف الحكيم بيجين لكونه ظهر لى ان قواعده وتقاسيمه مختاران عن غيرهما مما هو موجود فى كتب المؤلفين المحدثين ثم بعد مدة ظهر مؤلف اخر هو مؤلف الحكيمين بروسيه وسانسون وهو يشتمل على علم الامراض الباطنة والظاهرة معا فوجدت ان القسم الجراحى من هذا المؤلف وان كان عظيما جدا لا يوافق فهم التلامذة ولا طاقتهم عليه وزيادة على ذلك وجدت ترتيبه للامراض خلاف الترتيب اللازم لتدريس الجراحة حيث يجمع الامراض التى لا مناسبة بينها فى محل واحد لكننى لما رأيت كتاب بيجين المذكور مختصرا جدا اضطررت الى ان اضيف اليه ما هو ناقص منه فالذى اضفته من عندى قليل جدا بالنسبة للذى اقتطفته من اجود المؤلفات فبذلك زاد كتابى هذا عن مؤلف بيجين نحو الثلث واضطررت لاجل تسهيل فهمه على مطالعيه الى ان اهذب العبارات فى محلات كثيرة بدون ان اغير المعنى وبعد ظهور مؤلف بيجين المذكور بعشر سنين استكشفت استكشافات جديدة مفيدة فى الجراحة فاجتهدت فى ادخالها فى مؤلفى هذا واضفت اليه ايضا مجموع رسم الالات والاجهزة المذكورة فى هذا المؤلف مع شرح اشكالهما وقياس كل منهما وقدمت على المقصود فى هذا المؤلف تاريخ الجراحة والصفات التى ينبغى ان يكون لحليها الجراح

فيتضح لى ان هذا المؤلف على ما هو عليه الآن كاف فى ان يفيد الافادة الكلية بحيث يخرج بما يستفاد منه جراحون جيدون حتى اذا حصل فى زمان فسحة يترجم كتاب اوسع منه والذى ترجم هذا المؤلف يوحنا عنحورى الذى يلزمنا ان نتبرع له بقوة القريحة والاجتهاد فانه لم يهمل شيأ لتكون ترجمته متقنة بقدر الامكان ولاجل ان يشتغل بدون جهل تعلم الامراض وشاهد بعينه بعض العمليات التشريحية الجراحية الخاصة والمرضية وبالاختصار انه صار جراحا والذى صححه الشيخ محمد الهراوى المصحح الاول بهذه المدرسة وهو الذى اعدمن وقت انشاء المدرسة لتصحيح الدروس والكتب المترجمة وبسبب كونه جمع بين اتقان اللغة العربية ومعرفة الطب اعطى لهذه الترجمة رونق تحرير العبارات العربية والبلاغة المخصوصية الموجودة فى هذا الكتاب وهو الذى باشر طبع هذا المؤلف كغيره من الكتب التى جددت فى فنون الطب

ديباجة كتاب بيين

على حسب التقدم فى الفن تتسع مسائله وتكثر فوائده ويصعب تعاطيه فيكون احتياجه للتأليف فيه اكثر للاعانة على دوامه لان الكتب التى تؤلف فى هذا الفن تفيد الطالب حقيقة المبادى التى يلزمه ان يبحث عنها وتكون له بمنزلة دليل يهتدى به الى المشاهدات الطبيعية والى مطالعة المؤلفات المبينة لحقيقة الاحوال بالتدقيق لانها توضح له بوجه ما صورة العلم ويدرك بواسطته وتعرفه اجزاءه تعريفا عاما ومن المعلوم ان كلا من الاشخاص العارفين والجراحين المجربين الذين يخشون من النسيان ومن ان تبعد اعمالهم عن قوانين العلم يرغب فى ان يجد فى صفحات قليلة مجمل ما تعلمه ليقطع بسرعة الاجزاء المهمة العلمية والعملية من فن تستغرق ممارسته جميع حياته فاذن يكون الافصاح بكلام وجيز عن الاشياء المهمة والقواعد الاساسية بجراحة معقولة بالفعل يهدى للجراحين والتلامذة الممارسين للاعمال كتابا كافيا لان يرشدهما عند رؤية المرضى للوقوف على آفاتهم الجراحية وعند الاستقصاء فى قاعات التشريح للوقوف

على التغيرات المرضية الناشئة عن هذه الآفات او المتكونة هي منها ويرشدهم لعمل العمليات التي تستدعيها آفات الجسم البشري سواء الحي والميت وهذه الغايات الثلاث هي التي قصدت تحصيلها في هذا الكتاب وقد اوجبني قصدي ان اختصر في مجلد واحد مجمل الجراحة والتشريح المرضي المخصوص بالآفات الجراحية الذي معرفته في عصرنا هذا لازمة لدراستها وشرح طرق العمليات الاكثر اهتماما من غيرها الان ابعد التقسيمات مع التوضيح وتحرير العبارات فان المناقشات الظنية والاقيسة الوهمية والمحسنات العلمية البليغة وجميع ما اتسعت به الكتب المستجدة في الطب والجراحة ونالت به الحظوة مما هو من هذا القبيل يجب ان يرفض من كتاب يكون على هذا القصد ويلزم من ذلك ايجاز موارد الكلام واجمال المشاهدات وطي المقدمات والاسراع بالنتائج وتقرير الوصايا في التوضيح مع الاختصار وتحصيل هذا كله مما يلزم له مشقة في جملته وتفصيله ولا شك ان تحصيل مثل هذه المقاصد من هذا المؤلف لا يتم على وجه جيد بقدر ما هو مستحضر في ذهن المؤلف اذ يبوسة الكلام في كثير من المحال والملل الذي يحصل من سوقه على وتيرة واحدة وقوله ابراء الكلام مما يسد المطلع عنه لو لم يقترن اجتهاده بالرغبة في العلم والتشبث به هذا ومن المؤلفات الجراحية التي بايدينا وايدي التلامذة مؤلف الحكيم دليش وهو كتاب قديم وترتيبه المعيب الذي جعله سببا التأليفه اظن انه هو اكبر سبب لعدم النجاح الذي كان مؤملا فيه ومنها المؤلف المعتبر المعلم بويه ويظهر انه كان مؤلفا في نهاية القرن الاخير واعتنى به جدا حتى انه لم يذكر فيه ادنى اجتهاد لاستكشاف من الاستكشافات التي اتسعت بها الجراحة في عصرنا هذا ومنها كتاب المعلم ريشرند المسمى بشرح صفة الامراض وعلم الشفاء الجراحي وهو مؤلف غير متبحر فيه ويجد في كل صفحة من صفحاته اثر مذهب الانطلوجيين القائلين ان المرض امر وجودي مستقل ليس تغيرا عضويا وهو مرفوض من الاذهان الجيدة من زمن طويل ومن الفضول في الكلام ان نشتغل بتوضيح عيوب هذا الكتاب فان نفس مؤلفه اعترضه باعتراض اذ صنف فيه بحيث ذم في خطبة مدرسية اكثر الطرق التي كان مدحها بانها

باهمية جدا ورسمها رسما شطيا الترسخ فى اذهان التلامذة رسوخا جيدا وهذا الكتاب لا مشابهة بينه وبين المؤلف الذى لا نظير له المعلم سبتيه الذى صار الان ضروريا للجراحين الممارسين للاعمال فان هذا المؤلف الملقب بالقواعد الجديدة الجراحية تنحصر فيه قصة كل آفة جراحية لم يشتغل بها مؤلف الكتاب الملقب بالطب العملى فيوجد فى هذا المؤلف الشروح الاجمالية والتفصيلية لخصوص العمليات التى بحث عنها بدون فائدة فى مؤلفات اتركيف لاوالجراح الماهر الذى تشرفت به بلاد فرانسا دون جميع الجراحين وهو دوبيترن كان صحح هذا المؤلف فى حال الطبع الجديد ومن الواضح انه لا يوجد فى عصرنا هذا مؤلف واحد فى الجراحة موافق لتقدم العلم فى حالته الراهنة فان الاراء الفسيولوجيا الموافقة لان يتعلمها المتعلمون ومعالجة الآفات الجراحية والمهم من الطرق الشفائية المهتم بها اكثر من غيرها واكثر الوجوه العلمية التى اتسعت من جراحين مجربين فى هذا العصر لم تزل منتشرة فى رسائل مستقلة او متعلقة بفن من تلك الفنون ولم تدخل فى مؤلفات عامة تفصيلية او مؤلفات اساسية اجمالية ولذلك جمعت هذه المشاهدات وهذه المبادى لابين الحالة الراهنة للعلم مع الايجاز فى القول والاتقان فى العبارات وانا وان لم اوف بجميع ما قصدته فقد كلفت نفسى فى تتميم ذلك الغاية جهدها واعد نفسى من السعداء حيث وصلت الى هذا الحد واملى فى هذا المؤلف وان لم يكن مستوفى الكمال ان يرضى عنى بمطالعوه ويعذرونى فيما يعاينوه

نبذة فى تاريخ الجراحة

لا شك ان الجراحة سابقة على الطب اذ هى صناعة وهو علم والصناعة مقدمة على العلم والحدس يقتضى بان اول من رأى سيلان دم من شخص مثله واضطر لحبسه تفكر فيما يحصل له هذا الغرض فارشده فكره لان يضغط بيده على محل السيلان فانحبس بذلك ثم ابدله برباط صنعه من اول نبات سهل وجده حاضرا فنشأ من ذلك اتخاذ الاربطة وبظهور الجروح والقروح والكسر والخلع

هى الامراض الاول التى اعترت الانسان لانه بسبب احتياجه لتحصيل معيشته مضطر لمباشرة اسبابها من التعب والكد والمحاماة عن النفس من الوحوش الضارية وعسر تشخيص الامراض الباطنة كان سببا لتأخر الطب عن الجراحة فكأن الطب نشأ من الجراحة * والجراحة كانت موجودة عند قدماء المصريين لان الديار المصرية من حيث انها عظيمة الشان جدا فى ميدان التواريخ يظهر انها كانت اول وطن للعلوم والصنائع فان لم يكونا نشأ فيها فلا اقل من ان يكونا أويا اليها محتمين فيها من بلاد الصين والهند والجابون وقد كانت ممارسة الجراحة فى الديار المصرية فى سالف الزمان جزءا من الديانة فانا لم نزل نشاهد فى الآثار القديمة من الاحجار ونحوها صور ارباب الديانات وهم يفصدون ويشرطون ويفعلون الكى فى الصدغين ونقرة القفا والصدر وغير ان جراحتهم كانت قاصرة على هذه الوسائط القليلة وعلى بعض فوايد طبية كانوا يرسمونها على جدران معابدهم

الجراحة عند قدماء المصريين

* وجراحة العبرانيين لابد وانها لا تخالف جراحة المصريين لكونهم اقتدوا بهم فى معظم اخلاقهم وعوائدهم واعتقاداتهم ولم تتقدم الجراحة بعض تقدم الا فى زمن سيدنا موسى عليه السلام ويستدل على كثرة معارف هذا الانسان العظيم فى علم الصحة من كتبه فان الختان المأمور به فيها من العمليات التى تستدعى طرقا عظيمة فى الجراحة لابد عنها

الجراحة عند العبرانيين

* واما اليونانيون فكان الطب فى اعصرهم الاول مثل ما كان عند المصريين يتعاطاه منهم الكهنة وارباب الديانة حتى انهم على عادتهم فى الخرافات جعلوا له الها سموه اله الطب وهو اسكولا بيوس اقاموا له معابد كانت تذهب اليها المرضى لتذبح فيها القربانات وتطلب رأى الكهنة الذين كانوا يراجعون الكتابة المرسومة على جدران المعابد فانها كانت مشتملة على علامات الامراض والادوية التى حصل منها النجاح فى مثل هذه الامراض واعظم معبد كانوا اقاموه لاسكولا بيوس معبدا بيذورو وكأنه مدينة اهل الكهف كانت تاتى اليه المرضى من كل بلدة فيشفون والسبب الرئيس فى الشفاء الغريب الذى كان يحصل لهم

الجراحة عند اليونانيين

نشاء

نقاوة الهواء الذى كان فى ذلك المكان وانواع اللهو والحظ مع نصايح الكهنة الاطبا واسكولابيوس المذكور كان طبيبا ماهرا قيل انه ولد قبل الهجرة بالف وسبعماية وثلاث واربعين سنة ونسب اليه اليونانيون فى خرافاتهم معالجات عجيبة غريبة عن العقل حتى نسبوا له احياء الموتى وكان هذا هو السبب فى تأليههم له وكان له ولدان احدهما بودالبروس والثانى ماخاوون وكانا الجراحين الاولين فى الجيش الشهير الذى كان رأسه اجنونى وكان الجيش المذكور محيشا على مدينة تروية العظمى المشهورة بالاناطول فى الازيا الصغرى فكان اسعافا عظيما لذلك الجيش فى شفاء جرحى وفى الطاعون الذى حل به وفى بقية الامراض المهلكة التى كانت احاطت به

زمن ابيوقراط

* وبعد هذا الزمن الذى كان وجود الجراحة فيه على سبيل الحدس والظن جاء زمن للجراحة شهير وهو كما اكثر منه وهو زمن الفلاسفة وقد ظهر فى هذا الزمن انسان عجيب كأنه مرسل من السماء لتفريج كرب امثاله وهو ابيوقراط الملقب بابى الطب كانت ولادته فى جزيرة كوس قبل الهجرة بنحو الف واربعين سنة وعاش ماية سنة واربعا وكان من قدم الاطباء مهرة ونحن مدينون له فى المؤلف الاول الذى كتبه فى الطب والجراحة وكانت تعمل فى زمنه العمليات الجراحية العسرة كعملية الثقب والبتر واستئصال البوليبوس والبزل وناصور الشرج وغير ذلك وقد تكلم على الاربطة والاجهزة والآلات النافعة فى تجبير الكسر ورد الخلع وقرر وصايا عظيمة فى مداواة الجروح والقروح بل وفى طريقة توليد القوابل للنساء وغير ذلك غير انه حرم على تلامذته عملية استئصال الحصاة آخذا عليهم الميثاق بذلك فى العهد الذى كان يحلفهم به وليس ذلك بغريب فان هذه العملية كان لا يعملها الا المجربون لها المتمرنون عليها اعتمادا على التجربة فقط لا على معارف تشريحية فكان ضررها اكثر من نفعها ومن ذلك يعلم انه لم يحصل للجراحة تقدم ولا براح على ايدى خلفاء ابيوقراط بل تقهقرت واضمحل حالها

حال الطب فى زمن الاسكندر

* واما زمن الاسكندر الكبير وهو اسكندر بن فيلبش الذى ولد فى بلدة بلو قبل الهجرة بنحو تسع ماية واربعين سنة فنمى فيه الطب بسبب حماية الاسكندر

المذكور وتعضيده لمرشده الفيلسوف الكبير ارسطاليس احد الفلاسفة
المشهورين فى الاعصر السالفة وكانت ولادته فى استاريجيرا بلدة من اقليم
المقدونيا قبل الهجرة بنحو تسع مائة وسبعين سنة درس الطب من اول ذمن
وتعلق به لكن كان اكثر اشتغاله بعلم المواليد وبسبب شهرته وعظم شأنه اصطفاه
الاسكندر الكبير ليكون مرشداله واشتغال هذا الفيلسوف بالتشريح الحيوانى
اوجب الاستعداد والتهيؤ لتدوين فن التشريح البشرى الذى لولاه لكان الطب
والجراحة فنين لاوقف لهما على حقيقة فيكونان تحت الشك والريب ولذلك
انشأ الملك المذكور مدرسة الاسكندرية التى صارت بعد موته مركزا للعلوم
والمعارف فواردت اليها فلاسفة الدنيا وانجذبت من كل جهة لا لجمالها وشهرتها
فقط بل لغرابة كثرة الكتب التى اشتراها البطولوميون من كل جهة وجمعوها
فى معبد هنالك واقام بها ايرازسترات وهو طبيب يونانى ولد فى جزيرة ليوس وكان
ابن اخت ارسطاليس وهو اول من شرح الجسم البشرى وايروفيل وكان
موجودا فى عصره واشتغل بالتشريح البشرى ايضا فنسب له كشف الاوعية
اللبنية وعلى يد كل منهما تقدمت الجراحة تقدما عظيما ففى هذا الزمن ابتدأت
تأخذ فى ان تكون فنا متميزا عن الطب واكثر العمليات المهمة كانت تفعلها
اشخاص مستقلة بها لا يشتغلون بغيرها ومع هذا لم يصل الينا من مؤلفات اطبا
الاسكندرية المهرة ولا مؤلف واحد لان تآليفهم ومتابعهم صارت غنيمة للحريق
الذى رمى لهيبه كتب المدرسة المذكورة * والجراحة عند الرومانيين كانت
متقدمة ايضا فان مدينة رومة حين كانت غنية قوية كانت كرسى ملك العالم
باسره وكانت تسعى اليها الجراحون من كل جهة منجذبين نحوها من كل مكان
مؤملين منها الحظ الوافر القريب الحصول فاول من استوطنها الفيلسوف
اسكليبياديس وهو طبيب مدينة بروسا فى اقليم البثينيا وهو الان اقليم الاناطول
بعد ان اكتسب شأنا عظيما فى لازيا وكان ذلك قبل الهجرة بست مائة وسبعين
سنة تقريبا فهو اول من مارس الطب والجراحة فى هذه المدينة العظيمة وعمل
فيها عملية القطع الشعبى واخترع صنع ادوية ظاهرية كثيرة وتمم جميع اجزاء

الجراحة عند الرومانيين

فن الشفاء مع الجراح وكانت قاعدته انه يجب على الطبيب ان يعالج بطريقة مأمونة سريعة لطيفة ومن استوطنها ايضا تيزين وكان النجيب من تلامذة اسكلبيادس واصله من بروسيا بلدة في الآزيا الصغرى واخترع مستحضرات طبية كثيرة منها ما هو مستعمل الى يومنا هذا كالدياكوديوم وهو تجهيز السقمونيا والدياكوديوم وهو شبيه بشراب الخشخاش وله الفخر في كونه اول من استعمل الحلق ومن استوطنها ايضا اشيليا كان موجودا بها في حدود الخمس مائة قبل الهجرة فهو اجود من صنف في فن الجراحة من المؤلفين القدماء لكونه حررها بالدقة من اقوال من قبله في هذا الفن اجودها وجمعه وشرح اكثر العمليات الجراحية ووضحها مع غاية الاتقان كعملية قدح الماء الازرق وعمليات الناصور والقيلة المائية والحصاة واستئصال الاسنان وغير ذلك وهذا يدل على انه كان جراحا ماهرا ومن بعده الى زمن جالينوس لم يحصل للجراحة تقدم اصلا وكان جالينوس المذكور كانت ولادته في برجامه مدينة بالازيا الصغرى في حدود الاربع مائة قبل الهجرة وكان من اطباء الاعصر الخالية المهرة بعد ابوقراط ولم يحصل للجراحة على يديه تقدم لانه كان يمنع استعمال العمليات الجراحية ومن ذلك اخذت الجراحة في الانحطاط الى عصر العرب * والعرب بعد ان استولت على الديار المصرية والآزيا وبلاد اليونان وجزء من الاوربا عضدت الخلفاء العباسيون اهل العلوم وقووهم ورغبوهم وانشأوا لهم مدارس طبية وغيرها فان الخليفة المنصور فتح مدرسة للطب ببغداد وجاء من بعده خليفته هارون الرشيد فعضد العلوم مثله وضم الى دولته جميع الذين كانوا مارسوا العلوم وفتح في دمشق مدرسة ايضا غير ان جميع البلاد الداخلة تحت سلطنة العرب لم يبلغ منها في ذلك الوقت الدرجة العليا من العز والسعادة الا مملكة اسبانيا المعروفة عند العرب ببلاد الاندلس نظرا لمتاجرها وصنائعها وعدد اهلها فلذلك انشأت العرب فيها عدة مدارس منها مدرسة وسيليا المشهورة بمرسية ومدرسة كردوه المشهورة بقرطبة ومدرسة توليديه واستمرت هذه المدارس ممجدة فخمة اكثر من مدارس الدنيا ومع هذا فكان تقدم الجراحة على ايدي العرب قليلا

الجراحة في عصر الع

لكونهم اكتفوا بنقل كتب اليونانيين بسبب عدم امكان تعليم الشريح نظرى
عندهم لما انه رجس محرم فى ديانتهم وقد منعهم الحياء الكاذب وخوف شديد
من الازرقة عن ان يشتغلوا بآفات اعضاء التناسل وشدة غيرتهم على النساء كانت
سببا فى ان يفوضوا البعض الى النساء الجاهلات الخاليات من المعارف عمل بعض
العمليات فى نسائهم كعملية الحصاة ورد الفتق ونحو ذلك ومع هذه فكانت
الجراحة عندهم قاسية شديدة فكانوا يعالجون الناصور الدمعى بصب الرصاص
الذايب فى القناة الانفية ويشقون القيلة المائية بسكين محماة فى النار
ويستعملون فى البتر سكينا محماة ايضا ويغمسون باقى الطرف المقطوع فى الزيت
المغلى وكانوا يسرفون فى مدح الكى والايصاء عليه * هذا وقد ظهر من العرب
جملة اطباء عظام اولهم الامام ابو بكر محمد المنصور الرازى عالم بغداد وطبيبها
كان طبيبا بيمارستانها رويت عنه مزايا غريبة فى تاريخ الجراحة وكان
فى القرن الرابع من الهجرة ومنهم على ابن عباس الفارسى كان موجودا بعد
الرازى الف كتابه المشهور بكامل الصناعة فى الطب واشتغل بالجراحة قليلا وحاز
الفخر الجليل بكونه جمع تأملاته ومشاهداته فى المارستانات وهذا دليل كاف
على قدم فن الاكلينك اى تعليم الاعراض فى المرضى وهى على اسرتها ومنهم ابن
سينا الملقب بالرئيس وهو فى الحقيقة ليس طبيبا وانما جمع مؤلفات ابوقراط
وارسطاليس وجالينوس والرازى وكانت معارفه التشريحية قليلة والجراحية
ضعيفة فهولاء الثلاثة هم اشهر اطباء العرب وكانوا فى القرن الرابع والقرن
الخامس من الهجرة واما القرن السادس فظهر فيه جماعة منهم البوكاريس
طبيب عربى اسبانيولى الف فى العمليات الجراحية الا كثر اعتناء او اوصى بالكى
بالنار فى اكثر الداءآت الموضعية واشتغل بفن الولادة ومنهم ابن زهر عربى
اسبانيولى الف ايضا بعض اشياء حسنة فى الجراحة ومنهم ابن رشد تلميذ الذى
كتب فى الجراحة ايضا لكنه كان فى المعارف ادنى من معلمه وكان فى القرن
السابع من الهجرة والمتأخرون من بعد هؤلاء من الاطباء والجراحين العرب
لا يستحقون ان يذكروا هنا وكذا كتبهم لا تستحق المطالعة فيها لكونه ليس بها

اطباء العرب

ى

-ى ينبغى اعتباره ثم ان دوام الحروب التى اضطرت اليها العرب لمقاومة النصارى
منعتهم عن ان يستمروا ممارسين العلوم لان اكثرهمتهم اذ ذاك كانت فى مراعاة
حفظ انفسهم واستمر ذلك الى القرن التاسع الذى اخذت فيه الاسبانيا من
العرب وقهروا على مفارقتها * هذا وفى مدة عنفوان عصر العرب وزهوه كانت
قبائل الاوربا مغمورة فى بحار الجهل حائرة فى ظلماته وكان الطب عندهم كما كان

حال الطب عند... فى عصر العر...

فى اول اعصره يمارسه رؤساء الديانة من القسيسين منهم والرهبان الى ان تنورت
عقول اهل الاوربا من الذين حضروا فى الجيوش التى جردتها النصارى لمحاربة
المسلمين فى الديار المصرية والصورية فنقلوا مؤلفات العرب الى بلادهم وترجموها
الى اللغة اللاتينية واستمروا يعلمونها فى مدارس الاوربا زمنا طويلا فظهر قليل من
الجراحين المهرة اشهرهم انبروجو بارى جراح ماهر فرنساوى ملقب عندهم بابى
الجراحة كان عارفا ممارسا وهو الذى اخترع ربط الشرايين واحيى معظم الاعمال
الجراحية وكان وجوده فى القرن التاسع من الهجرة وخرج بواسطة مؤلفاته فيها
كثير من الجراحين المهرة الممارسين لكنه لم يكن احد منهم يساويه فى الشطارة
والمهارة فى القرن الثانى عشر من الهجرة وهو الذى ظهر فيه فى فرنسا ملك عظيم
الشان قوى العلوم واشهرها وانشأ مدارس طبية ومارستانات وخليفته من بعده
انشأ المدرسة الجراحية فى باريز المشهورة بالملكية المشتملة على اشهر الجراحين
من قبائل الاوربا الذين منهم جونى لوى بتيت صاحب الحذق العالى وربما طال
الكلام لو ذكرنا الجم الغفير من مهرة الجراحين الذين كانوا فى عصر بتيت المذكور *
واما القرن الثالث عشر من الهجرة وهو هذا القرن فوجد فيه المعلم دسولت اشهر
جراحى الاوربا بعد بتيت ومن مدرسته خرج اكثر الجراحين العظام فى هذا العصر
ففى فرانسا منهم المعلم بويبسه وديو وديويترن وغيرهم وفى ايطاليا اسكارباووكا
وفى بلاد الانكليز بريتى وآزليكوبر وغير هؤلاء فى عصرنا هذا عدة من مهرة

استحياء الطب والجـ... عند العرب

الجراحين لا تحصى * ولنذكر الان استحياء الطب والجراحة عند العرب
بعد موتهما فنقول قد ذكرنا ان الطب والجراحة وغيرهما من العلوم بعد انحطاط
الخلفاء هجرت عند العرب بالكلية فلم تحز العرب فى هذه المدة مدارس طبيه ولا

مارستانات ولا اطباء انما كانت المؤلفات القديمة للعرب [illegible] عند [illegible] ذلك
زعم بعض الناس منهم انهم بذلك اطباء واعمال الجراحة كانت [illegible]
الحلاقون الجهلة وبالجملة فبلاد العرب بالنظر للعلوم والمعارف كانت في غاية
الاحتقار والجهل الى ان ظهر فيها الانسان الكامل ذو الترجمة العالية والهمة
العظيم فاداه اجتهاده الى ان يهزم جيوش الجهل وسوء التدبير من هذه البلاد [illegible]
فيها العلوم والمعارف ويردهما الى تلك البلاد التي كانت معدنا لهما وهو
الانسان الفريد هو ذو السعادة افندينا محمد علي وحين توجه مقصده الحميد الى
اصلاح الديار المصرية وتجديد ما هو ضروري لاصلاحها ادرك بحسن فطنته
ان للطب ارتباطا كليا بما يؤول اليه سعد البشر ونجاحه فجلب من الاوربا طبا
مع من جلبه من ضباط العسكرية وارباب الحرف والصنايع [illegible]
وارباب صنايع وكان في هذا الشان كالرجال العظام المحبين القوانين والترتيب
والانتظام فجعل اول ما التفت اليه في رعيته حسن التمدن فابتدأ بما يتعلق
بالعسكرية فانشأ معسكرا مرتبا منتظما وجعل له اطباء واجزاجية وانشأ فيه
مارستانات شتى وكنت من جملة الاطباء المحضرين من الاوربا الى هذا الاقليم برتبة
باش طبيب وجراح المعسكر الجهادي [illegible] خدمة المحمدية الى يوم [illegible]
غير كاملة الترتيب فرتبتها على قواعد قانون نامه الفرنساوي وكان [illegible]
الجهادي اذ ذاك مخيما فيما بين ابي زعبل والخانقاه وكان عدده اذ ذاك نحو خمسة
وعشرين الفا فاوجبت الضرورة الى اقامة مارستان هناك لمداواة [illegible] المرضى
الآتين من ذلك الجيش فسمى هذا المارستان بمارستان ابي زعبل [illegible]
منها وهو مارستان واسع بالكفاية يسع من الف مريض الى الف وما تين [illegible]
فيه اشهر اطباء الجيش المذكور وخطر ببالي انشاء مدرسة طبية [illegible]
ضباط صحة عسكرية فعرضت لسعادته ذلك الرأي فاستحسنه [illegible]
هذا الشان مانعان عظيمان اولهما تعذر تعليم علم صعب كالطب لتلامذة عربية
معلوهم تجهل اللغة العربية بالكلية والتراجمة الاعتيادية لا تنفع في ذلك لكونها
لا تعرف الاصطلاحات الطبية فظفرت بقطع هذا المانع بتقييد بعض [illegible]

سبب انشاء مدرسة ابي زعبل

ترجمة المترجمين والمانع الثانى تحريم علم التشريح الذى بدونه لا تحصل التربية الطبية وقد زال هذا المانع بعناية هذا الوزير الاعظم والذى ترجم من كتب الفن الاصولية ما هو اكثر اعتبارا عن غيره وقد خرج من المدرسة المذكورة اكثر من مائتى تلميذ استخدموا فى المرستانات والالايات والسفن وارسل من تلامذتها اثنى عشر تلميذا منتخبون عن غيرهم بامر سعادته الى باريز دار مملكة فرنسا ليتقنوا فنون الطب فيها ويرجعوا فيكونوا معلمين كائنين فى المملكة وكنت موكلا فى توصيلهم ووضعهم فى محل لائقة بهم وقد امتحنتهم فى المدرسة الطبية الملكية بباريز فشهد ارباب تلك الدراسة التى تقدمت لهم بانى زعيل والامل وارجو ان تبقى هذه المدرسة مرهرة تحت كنف هذا الوزير الاعظم الشجاع الأزم المشتهر بحمايته ونسأل الله بطول البقاء وتأييد المجد

صفات الجراح

الصفات التى ينبغى ان يكون عليها الجراح حين يمارس وظائفه كثيرة بعضها طبيعى مجبول عليه وبعضها مكتسب من حسن التربية ومن وصايا خصوصية تتلى عليه اويدرسها التزيد دائما فى تحول الحرك فالطبيعية ان يكون جيد البنية سليم الاعضاء من العاهات مقبول الهيئة الظاهرة لطيف الطبع سهل الاخلاق ليستانس منه المرضى وتثق به وان تكون يداه فى وقت الاعمال لطيفتين ثابتتين سريعتى الحركة خصوصا حركة الاصابع فينبغى فيهما ان تكون سهلة سلسلة بشرتهما ملساء لينة مستوية السطح مستوفية جميع شروط الكمال والنظافة والرقة وان يكون معتادا على اعمال كل من يديه على حدتها بسهولة لان كثيرا من العمليات لا تقوم فيه احدى اليدين مقام الاخرى ثم الحواس سيما حاستى السمع والبصر مرنا لهما على اتقان وظائفهما فان تدريبها على ذلك يزيد فى قوة حساسيتها وفى اتقان الفعل وهذه الصفات الظاهرة وان كان يتراآى بالبداهة انه لا يلزم الاهتمام بها جدا فهى نافعة اكثر مما يظن لان بها يصير الاستقصاء عن الاجزاء المريضة ومباشرة العمليات سهلين مأمونين لا تردد فيهما

وكثيرا ماتهيء لمن حازها نجاح الاعمال الذى لاينالــه بواسطة عقله ومعارفه فقط وينبغى للجراح ان يكون متكملا بقوة حاكمة سليمة وذهن ثاقب به يتأمل الاحوال القائمة بالمرض ليحققها فيعين لها الوسائط الانفع فى زوالها وان يكون ذا شجاعة ليتمم عملياته الشاقة اتماما مناسبا والمعلم شيلسوقال انه ينبغى ان يكون الجراح جسورا قادرا على ان يضع قلبه فان حمل كلام هذا المعلم على ان يكون المعنى ينبغى ان يكون الجراح لين القلب شفوقا على المرضى عند انينهم وصراخهم فيحمله ذلك على ان يضع قلبه ويسعى فى اسعافهم بما يأذن به الشفاء كان ذلك صحيحا وان حمل على ان يكون المعنى عديم الشفقة لا يرق لحال المكروبين الذين يستحقون الاسعاف كان ذلك خطأ فان الجراح الذى بهذه الحالة لا ينبغى ان يجعل ممن يمارس هذا الفن اللطيف لان شأن الجراح الحقيق ان تأخذه الغيرة والشفقة على المرضى لذا رأى ما حل بهم من المصايب ومكايدة الامراض نعم ان اخذه الحماس واستفزته الحمية على تعجيل المعالجة والاخذ فى اسباب الشفاء كان عليه ان لا يلتفت الى قلق المريض من الالام السريعة الزوال والصراخ الذى لا يستمر طويلا ولا يركن للحركات الشفقية ويمنع استيلاءها عليه وتمكنها منه لانه يعلم انها اذا تمكنت من قلبه اضطربت يده فلا تهتدى لاجراء حركات الالات مجراها الا ان ذلك لا يكون غير نافع فقط بل مضرا ومهلكا للمريض وينبغى ان يجهز لوازمه قبل العملية حتى يقصر زمن مشقة المريض وان يستعمل فى زمن العملية غاية جهده فى تخفيف الالم وتنقيصه مع الاجتهاد فى تحصيل المقصود وصرف البال عن ما يلهو عنه فلا يلتفت اليه ولا برهة واحدة فان الرقة والشفقة على المرضى بدون اجتهاد فى اراحتهم واعانتهم انما هى رقة كاذبة واما الجراح الذى يقهر نفسه ويغلب ميله فى خدمة هؤلاء المسكين ويرى ما يقاسون منه آلاما الاجل اعادة صحتهم فهو المحسن اليهم الفاعل للخير معهم المستحق لان يقابل فعله السيئ فى العاجل بالثناء والحمد وشكر الاحسان فى الآجل هذا وينبغى فى الصفات الطبيعية المذكورة انفا ان تصير متقنة بواسطة تربية جيدة ومدارســة زايدة وينبغى فى الجراح ايضا ان يكون ذا مروءة شريف النفس كثير

المعارف في العلوم الطبيعية والكيماوية والفسيولوجيا لكن عليه ان يجعل اكثر
اشتغاله بعلم التشريح لانه الانفع له من حيث ان الجراح المشرح هو الذي يتم
العمليات في المرضى بجسارة ويقين وعليه لاجل ان يتمرن على العمليات بشطارة
وسرعة ان يكرر عمل العمليات الجراحية في الموتى ويتمها فيهم بالاجتهاد
والسرعة كانه يفعلها في الاحياء وان يجرب في الموتى جميع القواعد والطرق
التي يريد ان يعملها في الاحياء وان يكمل معارفه الجراحية
التي تعلمها في الدروس بكثرة تردده على المارستانات الكبيرة
ومشاهدة العمليات وقت عمل الجراحين وينبغي له
فيما يعرض له من الاحوال العسرة ان
يستعين بمعارف معلميه المرشدين له
واخوانه المتعلمين معه اوغيرهم
لتكون صناعته دائما نافعة
لا مضرة فبذلك يكتسب
الشهرة الفاخرة التي بها
يكرم الجراحون
المهرة المتخبون
الخيرة

مقدمة

اعلم ان الطب فى اول ازمنته لم يكن فيه تمييز بين اقسامه المختلفة فلم يقسموه فى كتبهم الى طب وجراحة ولم يميزوا كلا منهما بكتب مستقلة كما هو واقع الان فان كتب ابوقراط وجالينوس وقدماء العرب يذكرون فيها الحميات ووجع الاعصاب والكسر والخلع والجروح وغيرها فى كتاب واحد وهذا دليل على ان اليونانيين والرومانيين والمتقدمين من العرب لم يكونوا قسموا الامراض الى ظاهرة وباطنة ولا جعلوا للظاهرة اعنى الجراحة كتبا مستقلة فلما كثرت مسائله بواسطة ما اضيف اليه من المعارف المكتسبة من المشاهدات الغريبة والتأملات العجيبة والتجربات المفيدة وضموا ذلك الى المعارف السابقة التى نقلوها عن اسلافهم واتسع جدا حتى صار يعسر على الانسان معرفته حق المعرفة لاختلاط فروعه وعدم تمييزها قسمه المحدثون الى امراض باطنة هى الطب وامراض ظاهرة هى الجراحة وتسمى باليونانية شيلروجيا اى عمل اليد وافردوا كلا منهما بكتب مستقلة قسموا فيها كلا الى قسم علمى وقسم عملى وحصروا فى كتب الامراض الظاهرة جميع الافات الخارجية التى تعترى ظاهر البدن تدرك بالحواس ومعالجة هذه تكون بالوضعيات واعمال اليد بسلاح اوغيره وحصروا فى كتب الامراض الباطنة جميع الامراض التى تعترى داخل البدن وتكون خفية لا تدرك الا بتشوش الوظائف والاعراض السمباتوية التى تكون لبعض الاعضاء بواسطة الارتباط والمشاركة التى بينها وبين البعض الاخر ومعالجة هذه تكون بتدبير المرضى واعطاء الادوية لكنهم فى التعليم لم يلاحظوا ذلك نظرا لكون موضوع الطب والجراحة واحدا هو بدن الانسان فى حال المرض سواء كان المرض ظاهرا او باطنا بل لاحظوا انه لا يستغنى باحدهما عن الاخر اذ كثير من الجرحى يحتاج الى وسائط التدبير واستعمال الادوية من الباطن وكثير من المرضى يحتاج الى الوضعيات والفصد ونحوهما من اعمال الجراحة فكان كل منهما متوقفا على الاخر ولذا كان المعروف الان فى كل المدارس تعليمهما معا لكل واحد

من التلامذة وان كان لكل قسم معلم مخصوص به نظر الجراح والتقدم فيه * هذا وعادة المدارس ان يقدموا في التعليم والدراسة الامراض الظاهرة على الامراض الباطنة نظرا لكون محل الامراض الظاهرة ظاهر البدن وهو يسهل فيه مشاهدة الاعراض وكيفية التغير فيسهل على متعلمها تشخيص الامراض حتى اذا شرع بعد في تعلم الامراض الباطنة يسهل عليه ادراكها وتشخيصها وهي عادة جميلة مستحسنة والكلام في هذا الكتاب انما هو على الامراض الظاهرة وهو مرتب على سبعة كتب

الكتاب الاول

في الامراض التي تصيب جميع اجزاء البدن وفي العمليات التي تناسبها وابوابه اربعة

الباب الاول في العمليات ومعالجات الجروح بكلام كلي وفيه مبحثان

المبحث الاول في العمليات

حد العم

العملية في الجراحة هي عمل اليد بالة اوغيرها على قاعدة مخصوصة لتدارك الامراض قبل حصولها اوتسكين المها اوليرئها بعد حصولها فان من العمليات ما يمكن ان يعمله الجراح بيده من غير آلة كاخراج جسم غريب غير غائر في البدن اورد خلع اوادخال فتق اونحو ذلك ومتى امكنت العملية باليد فلا تقدم عليها العملية بالالة ويقدم من العمليات بالالة ما هو بسيط على ما هو مركب * وينبغي للجراح في ممارسة العمليات ان يستعمل كلا من يديه ليتمرنا على الخفة وينبغي له ان يستمرا على الخفة ان لا يستعملهما في الاعمال الشاقة لان ذلك ربما اورثهما الرعشة اوضعف حس اللمس

الالات

والالات في الجراحة اما بسيطة اومركبة اومضاعفة التركيب والجواهر التي تتخذ منها هذه الالات هي الذهب والفضة والفولاذ والنحاس والرصاص والصمغ اللدن والخشب والقماش وغير ذلك لكن لا ينبغي ان يتخذ من النحاس آلات تبقى زمانا ما داخل الجسم فالالات البسيطة هي المشرط والموسى وانواع المقدح وانواع

القا ناطير والمسابر والملاوق والصنانير ونحوها والالات المركبة هي الملاقيط والجوت والكلاليب والمقصات ونحوها والالات المضاعفة التركيب هي التي لا تتغير حركة قطعها التي تركبت هي منها اذا تحركت اما من ذات التركيب او من لدونة لولب معدنى يكون فى الالة كالمبضع التيساوى والالة التشريطية وغيرهما من الالات الميكانكية المخترعة لثقب العظم كالمثقاب المنشارى والمخترعة لقدح الماء والالة الواعدة المخترعة لاخراج الحصاة من المثانة وغير ذلك * وليعلم الجراح انه متى اعتمد فى عمليته على حسن الالة واتقانها فقد ضيع العملية وصيرها غير مامونة لان الشطارة والمهارة انما ينسبان لليد لا للالة وهذه الالات نفعها مختلف فمنها ما ينفع لتجهيز ما يلزم تجهيزه ومنها ما ينفع لمعالجة المجروح ومنها ما ينفع للعمليات وهذه الاخيرة منها ما يستعمل فى اكثر العمليات كالمشرط والمقص والقاناطير ونحوها ومنها ما يختص بعملية واحدة كالمثقاب المنشارى وآلة استخراج الحصاة المسماة بالقاطعة المثانية والمقدح فى عملية الكترانا اى الماء الازرق وعمليتها هى القدح

عد العمليات وطرقها

والقاعدة فى الجراحة هى العمل المنتظم الجارى على شروط لا تتغير وتسمى اما باسم المحل الذى يكون فيه العمل واما باسم الالة المستعملة واما بكيفية العمل واما باسم الاشياء المستعملة قبل العمل او بعده او معه والقواعد التى بواسطتها تستخرج الحصاة من المثانة تسمى اجهزة ايضا * واما الطرق فهى ناشئة عن بعض تنوعات تحصل فى القواعد التى لا تتغير دائما لا بعمل العمل ولا بالسبب الذى تسبب عنه العمل مثال ذلك عملية الكتراتا اى قدح الماء الازرق من العين فان لها قاعدتين اولاهما قاعدة التنكيس وثانيتهما قاعدة الاستخراج ففى القاعدة الاولى يستعمل المقدح لتنكيس البلورية التى صارت مظلمة وتبعيدها عن المحور البصرى وطرق هذه القاعدة تختلف بحسب شكل المقدح والمحل الذى ينفذ فيه من المقلة وفى القاعدة الثانية يستعمل مبضع القدح وهو سكين صغير تشق به القرنية الشفافة لتخرج منها البلورية وطرق هذه القاعدة تكون بحسب شكل مبضع القدح وكيفية الشق واغلب العمليات

الكبيرة يكون له جملة قواعد مختلفة كعملية الحصاة وعملية قطع الاطراف وعملية الانوريزما وعملية الناصور الدمعي وهذه القواعد تنوعت بطرق مختلفة والجراح له ان يختار منها ما يشاء على حسب ما يعرض له من الاحوال * والاسماء التي تتميز بها العمليات تخذ اولا من الالة المستعملة فيها كقولك العملية القاثاطيرية وعملية المثقاب المنشاري وعملية الكي وثانيا من العضو الذى فيه العمل كقولك الفصد الوريدي للفصد من الوريد والقطع الشعبي لقطع شعب قصبة الرئة وثالثا من المرض الذى لاجله العمل كقولك عملية الفتق وعملية الانوريزما ورابعا من صفة العمل كالشق والبتر والاستخراج وغير ذلك

ما ينبغي معرفة قبل العملية

وينبغي للجراح قبل الشروع في العملية ان يعرف لماذا تعمل ومتى يناسب عملها وكيف تعمل فالاول يكون بمعرفة طبيعة المرض واسبابه واعراضه وطرق المعالجة اللازمة له ومعرفة الاضطرار لعملية واسكانها بواسطة البحث الجيد عن نوع المرض الطالب للعملية وعن السن والذكورة والانوثة والصنعة وبنية المريض ولا ينبغي فعل عملية من العمليات بدون ان يضطر اليها اضطرارا كافيا وتكون كافية للشفا او للتسكين وانعاش المريض فانه بدون ذلك يأثم الجراح ويحقر الصنعة ويعرض حياة المريض للموت والثاني يكون بمعرفة وقت العملية فتتحتم عند عدم نفع الادوية المستعملة في الظاهر والباطن نفعا واضحا مع كون المرض في حالة الوقوف او آخذا في الزيادة والثالث يكون بمعرفة حقيقة العملية وكيفية اتمامها فينبغي له اولا ان يكون عنده علم كاف بالاعضاء حال الصحة وحال المرض وثانيا ان يكون قد تعلم الشروط العامة والخاصة للصناعة بواسطة مطالعة الكتب وملازمة دروس معلمي الجراحة فانه بتكرر مشاهدة عمليات الجراحين المهرة وممارسة العمليات في الموتى يتعلم اتمام تلك الشروط

استعدادات المريض قبل العملية

استعداد آدابي

واذا تحتم فعل عملية في مرض فليجعل المريض مستعدا لها بالاستعدادات التي تناسبه ليسهل اتمامها ويوثق بنفعها وهذا الاستعداد اما آدابي ويكون بايقاع ضرورية العملية في ذهن المريض وان يزال من وجوده على قدر الامكان جميع ما يتعب فكره فيما يخص الحالة التي هو فيها فكل من ائتمانه للطبيب

وتشجيعه وقبوله للعملية واعتماده عليها من الاستعدادات المقوية [illegible] على
نفع العملية

استعداد صحى

(واما صحى ويكون بجعل المريض على حالة يرشد اليها المقدمون بحسبة
اما باضعاف بدنه برفق بواسطة الفصد والاستحمام والحمية او بتقوية بواسطة
استعمال الادوية المقوية والاطعمة المغذية المنعشة او باى علاج كان على
حسب ما يقتضيه المرض سواء كان عاما فى جميع البدن او فى عضو باطنى

استعداد موضعى

(واما موضعى ويكون بتهيئة العضو الذى تكون فيه العملية بما يناسبها كأن
يضغط على الشريان المصاب بالانيورزما قبل فعل العملية التى هى ربطه بمدة
وذلك ليأخذ الدم طريقا فى الفروع الجانبية لذلك الشريان وبأن تحلق المواضع
التى يكون عليها الشعر عندما يراد عملية شق فيها وبأن يفرغ المعاء المستقيم بالحقن
المسهلة قبل عملية استخراج الحصاة لئلا ينجرح * واعلم ان من جملة ما يراعى قبل

الشروط الخاصة للعملية

العملية وبعدها ومعها خيرة الزمان والمكان ثم تجهيز جميع ما يلزم تجهيزه
ووضع المريض على هيئة لائقة فى مكان لائق وكذا المساعدون وان توقف ورود
الدم من جهة العملية ان احتيج الى ذلك اما الاول فلأن زمان العملية قد يكون

زمان العمليه

اضطراريا وذلك فيما اذا كان المرض شديدا جدا او الخطر فيه سريع الحصول
كالانيورزما الكاذب الاولى والاختناق الفتقى الحاد فان هذين المرضين لا تؤخر
العملية فيهما وقد يكون اختياريا وذلك فيما اذا كان يمكن الجراح ان يختار
للعملية زمنا او فصلا يستحسنه وذلك يكون بالاكثر فى عملية الشفة الارنبية
والكتراتا والحصاة ونحوها فان هذه الامراض يختار لها فصل الربيع او الخريف
لان الحر والبرد يعتدلان فيهما والاول منهما اجود من الثانى لانه يعقبه الصيف
والنقاهة فيه اسهل منها فى الشتاء ومن موجبات تأخير العملية السن والجنسية
اعنى الذكورة والانوثة وغيرهما فان بعض العمليات قد يؤخر لزمن قريب او بعيد
كعملية الشفة الارنبية وعملية الكتراتا فانهما يؤخران فى الاطفال لانهم لعدم التمييز
فيهم لا يصبرون على العملية * واما الثانى وهو مكان العملية فقد يكون اضطراريا

مكان العمليه

ايضا كفتح خراج او استئصال ورم فان العملية فيهما لا تكون الا فى محل الداء وقد
يكون اختياريا كالبزل فى الاستسقاء الزقى الحاد وعملية الشيله [illegible] فانهما يكونان

في جهات مختلفة من المحل المصاب * وينبغي قبل الشروع في العملية ان يجهز
كل شيء يلزم او ينفع في حال العمل او بعده فمن ذلك ايقاد بعض شموع اذا كان الضوء
ضعيفا او تجهيز ماء بارد وحار وخل وبعض ادوية مسكنة او منعشة مثلا واواني
وملاآت وفوط وسرير او طاولة عليها فراش وغير ذلك مما تحتاج اليه العملية

ما يجهز للعمل

واما الثالث وهو التجهيز فبان يجهز جملة الالات والقطع المختلفة اللازمة للعملية
ولمعالجة الجرح واختلاف الالات يكون بحسب العمليات وينبغي ان توضع
الالات بالترتيب على حسب استعمالها في نحو صينية وان تكون سليمة مما يعيبها
ومستعدة خوفا من حدوث بعض عوارض توجب لتغيير الالة مغطاة بخرقة حتى
لا يرتعب المريض من رؤيتها وان تصف جميع القطع اللازمة لمعالجة الجرح
في صينية ثانية بالترتيب وهذه القطع هي النسالة والرفائد والقايف والاشرطة

وضع المريض

الشمعية والخيط المشمع ونحو ذلك * واما الرابع فبأن يوضع المريض في مكان
معتدل الحر والبرد بقدر ما امكن ويكون وضعه على هيئة غير متعبة له ولا للجراح
حتى لا يعوقه شيء في وقت العملية وكذا وضع المساعدين وان تكون عدتهم كافية
وبنيتهم قوية وذوي معرفة * واما الخامس فبأن توقف دورة الدم الموضعية عن
المحل المصاب حين ارادة قطع العضو مثلا وذلك لازم اذا كان الفرع الشرياني
في العضو المراد قطعه ذا حجم فينبغي ان يستدرك على النزيف بمسك الدم

الشروط العامة للعملية

في الشريان الاصلي اما بالضغط عليه بالاصابع او بوضع اسطوانة من قماش وشدها
على العضو او بالالة المسماة تورنيكيت اي الكابسة واعلم ان العملية ليست
محتاجة الى الشروط الخاصة بها فقط بل لا بد فيها من شروط عامة ايضا وهي
منحصرة في ثلاث كلمات السرعة والامن والتهوين * فالاول وهو السرعة معناه
ان يكون العمل بسرعة مع تجنب جميع الحركات الخارجة عن القانون والتي
لا نفع فيها وتجنب شتات الذهن والتأمل في الاشياء الغير اللائقة وبالجملة
فالمجتنب ما يسبب تطويل مشقة المريض بدون فائدة وينبغي ان يحترز ايضا عن
الافراط في السرعة فانه ربما نافى الشرط الثاني * والثاني وهو الامن معناه
ان يكون الجراح خبيرا بالتشريح وبعلم الامراض ممارسا للعمليات معتادا عليها

مرتبا الفعل الالات بخفة وحذق * والثالث وهو التمرين معناه تمرين تشجيع المريض ويخفى عنه بعض الم العملية ويهونها عليه ويشغل فكرته عن ... بل بما يخفف الالم وتمام العملية اما يكون بحصول المقصود منها وبانقطاع نزف الدم الحاصل من قطع الاوعية *

ما يفعل بعد العملية

وبعد تمام العملية يعالج الجرح معالجة قانونية ويوضع المريض على حالة فيها استراحة له ويبادر باعطائه الاشياء المنقصة للتأثر العام في جميع الجسم الحاصل من الالم المتسبب عن العملية وينبغي ان يرفع العضو المصاب قليلا ان احتيج اليه ليعين ذلك على دورة الدم وان يعطى بحرارة من صوف اكتنفته الحرارة خصوصا في الشتاء ثم يؤمر المريض بالحمية مدة تكون على حسب العملية في الشدة والضعف وبالفصد والاستحمام وتناول الادوية المسكنة او المقوية على حسب الحاجة وان يبشر المريض بحصول فائدة العملية وبقرب الشفاء ليطمئن قلبه واكثر نجاح العملية مؤسس على هدو المريض وامتثاله لجميع ما يأمره به الحكيم وينبغي في العوارض الخطرة ان يلازم المريض مساعد نبيه عارف حريص على جميع ما يحدث من نزف دم ووجع شديد متيقظ لما يأمر به الحكيم من ادوية ارجعية

المبحث الثاني في معالجة الجروح

معالجة الجروح معناها وضع الاجهزة والادوية التي توضع من الظاهر على الاعضاء المصابة وضعا قانونيا وصناعة معالجة الجروح قسم مهم من اقسام فن الجراحة لابد منه في الفن المذكور لنظر العظيم فائدته في صيانة الجروح عن مماسة الهواء وغيره من الاجسام الخارجة لها وفي مكث المراهم التي لابد منها في الشفاء على الجروح وفي سلامة بقية اعمال الجراحة وقبل ان ينتصب الجراح لمداواة الجروح ينبغي له ان يجهز جميع ما يحتاج اليه من الاوعية التي يضع فيها الاشياء الوسخة المزالة عن الجروح والماء الفاتر الذي يلين به ما على الجروح من الوضعيات حتى يسهل نزعها او يغسل به الجروح او يندى به القطع الجديدة وينبغي ان يكون هناك مجمرة للتدفئة في اوقات البرد ولتسخين الخرق والاشرطة المشمعة

المهيئة للازالة ولاجل ان يكشف الضوء فليوقد في المحل مصباح او اكثر بضيئه فهذه
هي الاشيا التابعة لمعالجة الجروح * واما الالات التي تجهز لمعالجة الجروح فهي
مقصات لقص الخرق والنسالة وملوق لبسط المراهم على النسالة وجفوت محلقة
كالمقصات لازالة الجهاز القديم من فوق الجرح واتابيب وقاثاطير ومسابر
ان احتيج اليها * والقطع اللازمة لمعالجة الجروح هي النسالة والرفايد واللفايف
* اما النسالة فهي ما يؤخذ من قديم خرق الكتان والتيل بان تقطع الخرق قطعا
قصارا او طوالا على حسب الحاجة وتنسل خيوطها وهذه تسمى بالنسالة الغليظة
وهنا النسالة رقيقة تسمى النسالة المبشورة بان تشد اطراف الخرقة ويبشر
سطحها بسكين حاد فتخرج منها تلك النسالة ثم ان النسالة الغليظة تكون
منها الوسايد والكرات والاشرطة وتسمى بالفتايل * فالوسايد ان تصف
الخيوط المنسولة حذا بعضها وفوق بعضها على التوازي ويربط طرفاها بخيط
منها ثم يثنيان وتكون مدورة ومطاولة وصغيرة وكبيرة ووسطى على حسب
الجروح وينبغي ان لا تكون الخيوط فيها متراكمة ولا مندمجة جدا لانها حينئذ
تحدث في المحل حرارة شديدة وان لا تكون شايشة لانها حينئذ لا تتشرب من المادة
القدر المرغوب فيه ومنفعة هذه الوسايد ان تمد على سطحها المراهم اللايقة
بالجروح وكونها على هذه الصورة ليسهل نزعها وقت التغيير ولا ينشأ عنها اسباب
مضرة بسرعة الشفا والكرات ان يؤخذ بعض النسالة ويدار بين الكفين حتى
يستدير كالكرة ومنفعتها ان تنشف بها الجروح وقت التغيير وتنظف بها وفي بعض
الاوقات توضع في الجروح العميقة لتتشرب المواد التي فيها وينبغي ان يجعل لها
في هذه الحالة حزام في وسطها وعلاقة ليسهل اخراجها وقت التغيير والاشرطة
خيوط من قطن او نسالة يجمع بعضها الى بعض ويصح ان تجعل من قماش
تنسل من جانبيه طولا بعض خيوط وهذه الاشرطة انما توضع في محل الحزام
رفي الجروح الناصورية مغموسة في الادوية وغير مغموسة فيها لتمنع التحام الجرح
وتوسعه وخواص النسالة المبشورة بخلاف خواص غير المبشورة لان المبشورة
تحدث في كل من الجروح والقروح تنبها وتهيجا بعد الذبول والاندمال ويسا

فى الدوم الرخوة * واما الرفايد فتعمل من الخرق المستعملة بان تطبق الخرق طبقات فوق بعضها ويجعل جرمها وشكلها على حسب ما يحتاج اليه فتكون مربعة ومطاولة وهى التى طولها اكثر من عرضها واذا شق طرفاها وبقى وسطها سميت مقلاعا ومن الرفايد ما يسمى رفايد درجية وهى التى يكون تطبيقها متصاعدا ومتناقصا من جهة العرض فتشبه فى تطبيقها الشكل الاهرامى وهذه تعمل غالبا اذا كان فى المحل خلاء اتلا فيكون الاندماج الحاصل من شد اللفايف واصلا لمحل الخلا * واما اللفايف فينبغى ان تكون من نوع قماش الرفايد وان تقطع من وسط القماش طولا بحيث لا يكون فيها حاشية ولا خياطة وطولها يختلف بحسب الحاجة فيكون من ذراع الى سبعة اذرع او ثمانية وعرضها من اصبع الى خمسة اصابع وينبغى لاجل اتقان صناعة شد اللفافة ان تطوى اللفافة قبل شدها فوق الجرح على شكل اسطوانى وقد تطوى من طرفيها معا فيحصل من ذلك شكل اسطوانتين متلاصقتين من وسطهما متساويتين فى الجرم او متفاوتتين فيه وكيفية شد اللفافة التى باسطوانة واحدة ان يوضع السطح الظاهر من طرفها على الجهة المقابلة للجرح ويحفظ باليد اليسرى وتمسك الاسطوانة باليد اليمنى ويلف بها حتى تنطوى على هذا الطرف مرتين او ثلاثا فيكون ذلك اساسا لبقية الطيات الاتية بعد والتى باسطوانتين ان يوضع السطح الظاهر من وسطها على الجهة المقابلة للجرح ثم يؤتى بهما من الجهتين معا حتى تقع على الجرح فتلف عليه مع المحاذرة من وقوع انثناء الى حين تنتهى اللفافة وهنا نوع ثان لشد اللفافة وهو ان تكون كل طية بعد الطيتين او الثلاث الاول ساترة للطية التى قبلها بنصف عرض اللفافة او ثلثها او ربعها واذا كان بين الطيات تباعد وخلو سميت حلزونية وكلما كان عرض اللفافة اقل انكشافا كان الشد اقوى وعند انتهاء اللفافة يشبك طرفها بدبوس من الجهة المقابلة للجرح وغاية الاتقان فى شد اللفافة ان يقال انه ينبغى فى ذلك الحرص على امور الاول ان لا تكون اللفافة مشدودة جدا لان ذلك يحدث ورما واحتباس دم وزرقة فى المحل وربما احدث اكلة فى العضو من اسفل الجرح *

الثانى ان لايهتز العضو مطلقا الا فى وقت حل اللفافة ولا فى وقت ربطها سيما فى تجبير الكسر لان ذلك يحدث مضار شاقة * الثالث ان لا تقع اسطوانة اللفافة من اليد لان ذلك يوجب تطوبلا فى زمن العلاج * الرابع ان لا يحصل فى الطيات انثناء ولا ارتخاء بسبب عنهما جرح المحل ومنع الانثناء يكون بشد اللفافة ومنع الارتخا يكون بثنيها

ما ينبغى فعله وقت المعالجة

ثم بعد تجهيز الآلات والقطع على ما مر يقف الجراح ومعه مساعدان او اكثر ويكشف العضو المريض بلطف ويجعله على وضع لايق بالمعالجة وهذا يختلف بحسب الداء ومحله من الجسم ولا بد ان يكون تحريك المريض فى ذلك وغيره برفق ولطف لئلا يتعب ويتألم وفائدة المساعدين ان يتولوا رفع العضو وحفظه على الوضع الواجب وقبل ذلك يوضع تحت هذا العضو ملاءة مطوية جملة طيات لتنزل عليها المواد التى عسى ان تسيل وقد لا تكفى ويحتاج لوضع انية بدلها وليكن تحريك المريض بذلك برفق وخفة واذا يبست قطع الجهاز من الدم والصديد النافذ فيها والتصقت بالعضو وجب تنديتها بماء فاتر وقت التغيير او قبله بنصف ساعة وينبغى الاسراع بالمعالجة ما امكن خوفا من الهواء فان تأثيره فى الجرح مضر دائما والاحتراس عن خروج المريض دفعة من درجة حرارة الفراش الى درجة حرارة المسكن وان يتباعد بالمريض عن مهب الهواء فتغلق القاعة وقت التغيير ان احتيج لذلك وان يغطى الجرح بخرقة زمن تنظيف حوافيه وما حواليه وان كان كبيرا كشف منه جزء فجزء للتنظيف عليه وان يغطى جسم المريض كله تحرزا عن البرد فان ذلك كله مما يعين على نجاح المعالجة وقد شوهد من اهماله تباطؤ الشفاء واتساع الجرح وتغيره وانتقاله الى احوال رديئة وحصول عوارض قد تهلك المريض

ما ينبغى فعله بعد المعالجة

واما ما ينبغى فعله بعد المعالجة ووضع العضو على الهيئة اللايقة فهو ان يبحث الجراح عما يتعب المريض من كون الجهاز مشدودا جدا او مرتخيا جدا او كون ما حوالى الجهاز يسبب للمريض الما او يزيد فى تهيج الجزء المصاب فيزيل ذلك المتعب وينبغى ان لا يفوت الجراح ان قابلية التهيج فى المريض الملازم للفراش

قوية فاذا في سبب من اسباب التهيج اذا طال زمنه يضر بالمريض ويمكن ان يحدث عوارض خطرة فاذا كان في الجهاز ثتية سميكة ولو قليلا اوالفافة مشدودة منها طية اوجب ذلك للمريض الما واحدث الانتفاخ الالتهابي الشديد

زمن التغيير على الجروح

ثم ان المدة الواجبة في التغيير على الجروح تكون على حسب اجناس الامراض وازمنتها والاعراض التي تحدث ومقدار الصديد وخواص الوضعيات وحالتي الحر والبرد والقاعدة الغالبة في التغيير على الجروح ان يكون في اليوم الثاني او الثالث لان هذا الزمن يقل فيه انزعاج المريض ويزول فيه النزيف ويأخذ المحل في الاشتغال الا اذا احدث بعض اعراض كالوجع والالتهاب والورم والغنغرينا ونحوها فيلزم ان يكون التغيير على الجروح قبل الوقت المذكور واما معالجة الخلع والكسر والفتق والجروح والقروح التي تكون متاهلة للشفاء او فرازاتها منها قليل فينبغي فيها ان تكون المدة بين التغييرين طويلة كيومين او ثلاثة في الجروح وثمانية او خمسة عشر في الكسر ونحو ذلك لئلا يحصل تعطيل في سير الشفاء ومن الاسباب التي توجب توالي التغيير ازدياد الصديد الخارج من جرح او قرحة او خراج مفتوح ونتانة المادة بسبب الحر ووضع الادوية السائلة السريعة الطيران كروح العرق وانواع الايتير وغيرهما لان تأثيرها لا يستقيم الا مدة بعد وضعها على المحل وكذا الادوية التي تتغير بسرعة كالالبان والزيوت والشحوم وقد جرت العادة في التغيير على الجروح ان تكون في وقت الصباح حيث لم ينتظر الامر الا التغيير واحد في مدة اربع وعشرين ساعة وذلك لان المريض من حيث ان عنده تعبا وقلقا من عدم تحركه بالليل يحتاج في الصباح لبعض حركات تنعشه ولان الاجزاء الجريحة من حيث انها سخنت بالليل من حرارة الفراش ومن الصديد المحيط بها ومن تيبس الجهاز عليها تتألم فتحتاج لان تنعش بتغيير ما عليها بما هو اللين واللطف وبتغيير وضعها ايضا ولذلك ينبغي ان يغير موضع المريض بعد التغيير عليه لانه بذلك يحصل له انتعاش وافاقة ونشوة حتى يكون كانه اكتسب وجودا جديدا او ليرتاح المريض طول النهار من التألم الذي يحصل عقب التغيير بمدة قليلة فان اضطر الى تغييرين في هذه المدة فينبغي ان يكون الاول منها في الصباح

بعد طلوع الشمس والثانى فى المساء قبل غروبها ليتمتع المريض ليلا بالراحة الحاصلة من المعالجة الجيدة

الباب الثانى فى الالتهاب والعمليات المختصة به

الالتهاب حالة تكون معها الانسجة الحية منتفخة ومتألمة وفيها حرارة وتوارد دم زيادة عن حالتها الطبيعية وهو السبب فى اكثر الامراض الجراحية ويتسبب عن الآفات البادية والطبيعية فى الاعضاء الحية وينبغى للجراح امعان النظر فيه لانه يشتمل على داآت مختلفة تسمى باسماء مختلفة على حسب المجلس وطبيعة الاعراض الناشئة عنه كالحمرة والفلغموني والرمد والالتهاب السحى وغير ذلك ويكون غالبا عقب الآفات الصادرة عن تأثير الاسباب البادية كالرض والخلع والجرح فانه ينشأ عنها فى الانسجة التى حصلت فيها تزايد فى شدة الحركات الحيوية وتوارد فى الدم فاذا اثر سبب شديد فى بعض الاعضاء ولم يلتهب او التهب ولم تتشوش منه وظائف الاحشاء الرئيسة على سبيل السمبانيا كان معظم الجروح والعمليات الثقيلة سليم الخطر لان الموت لا ينشأ الا عن آفة غائرة او خراب ميكانيكى فى الاعضاء الباطنة الرئيسة وهما نادران فى العمليات ولما كان من المعلوم فى الجراحة والطب ان الالتهاب هو الذى يقتل غالب الناس وان الجراح يطلب منه غاية التأمل فيه كان الواجب عليه تداركه قبل حصوله ومعالجته اذا حصل سواء كان الالتهاب خارجيا او من نفس العملية وهذان الامران اعنى تدارك الالتهاب ومعالجته هما اللذان ينبغى للجراح ان يصرف همته فيهما لانهما اساس العملية * ومتى حصل فى الانسجة التهاب توارد اليها الدم وصارت حمراء منتفخة وازداد فى الاوعية الشعرية فعلها العضوى واشتد فتحدث حرارة تارة يابسة حادة بمعنى انها تسبب فى اصابع اللامس يبوسة ولذعا وتارة رطبة بخارية مصحوبة بألم فيه تمدد او ضربان وعندما تظهر هذه الاعراض فى النسيج تزول منه صفاته الطبيعية التى كان يتميز بها ويصير بتوارد الدم اليه منديجا اكثر مما كان وسهل التمزق واوموجينيوس اى ذا طبيعة واحدة لا اختلاف فيها ولا تزول منه

الاوصاف الع[...] للالتهاب الحا[...]

المواد السارية فيه الا بواسطة الامتصاص وبعد زمن ما يصير بجوهره خلويا وعائيا لا تتغير صفته في الغالب في اي عضو من الاعضاء كالجلد والمفاصل والاغشية المخاطية والمخ والغضاريف وكذا العظام اذا اشتد الالتهاب بها وطالت مدته تغيرت عن حالتها الطبيعية

اعراض الالتهاب

والالتهاب لا يستقر دائما في العضو المصاب بل يسعى ويمتد بواسطة القوة السمباتوية الى الاعضاء الرئيسة في البدن ويتسبب عن ذلك تشوش واضح في افعال المخ والقلب واعضاء الهضم والحمى التي تظهر فيه تكون بحسب نوعه في الشدة والخفة فاذا اشتد وكان في العصبيين اي اصحاب المزاج العصبي حصل منه اختلاج وتشنج ونحوهما مما هو شبيه بهما اي كالارق والهذيان فان كان في الاشخاص الصفراويين وكان في الجهاز المعدي والكبدي منهم قوة شديدة سبب عدم شهية للاكل وغثيانا وقيئا واعراضا تنبئ عن التهيج الشديد في هذه الاعضاء واذا حصل من الالتهاب على سبيل السمباتيا التهاب اثر معدي معوي شديد حصلت الاعراض المسماة عند قدماء الاطباء بالحمى العفنة وحمى الضعف والحمى الغير المنتظمة والانذار في الالتهاب دائما يكون خطره على قدر كون العضو المصاب اولا مهما للحياة وعلى قدر شدة التهابه وقدر تأثيره على سبيل السمباتيا بقوة شديدة في الاعضاء الشريفة من البدن

مبحث فيما يخص الالتهاب من العمليات

لا ينبغي ترك الالتهاب ولو خفيفا الى ان يقطع ادواره بل يجب قطع الاسباب الموجبة لزيادته او مقاومته بالاشياء المناسبة لمعالجته والعمليات الجراحية التي تناسب الالتهاب الحاد تنقسم الى ثلاث رتب الاولى المعالجة الموضعية والثانية المعالجة العامة والثالثة المعالجة المصرفة

الكلام على المعالجة الموضعية

التكميد

انواعها سبعة الاول التكميد فاذا كان الالتهاب خفيفا وقليل الغوروالكمون في البدن كفى فيه التكميد بخرقة مطبقة من صوف او رفايد سميكة مغموس كل

منهما

منهما فى سپيا البطين كمطبوخ الخبازى وتكون حارة ويكرر غمسهما كثيرا لئلا تضعف حرارتها وتعصر قبل الوضع لئلا تبل فراش المريض وبهذا التكميد يكون العضو كانه مغموس فى بخار دائما فيرتخى وتنقص شدة التهيج فيه وينبغى وقت تغيير المكمدات ان يصان العضو عن مماسة الهواء له حال العرق لانه يؤثر فيه تأثيرا رادعا مهيجا ثم التكميد قد يجعل بحسب طبيعة السيال الذى تغمس فيه المكمدات مقويا ومهيجا او مخدرا ورادعا على حسب الحاجة

الثانى التمريخ

الثانى تمريخ وينفع فى الالام الناشئ عن التهيج الحاصل فى باطن الاعضاء ويقل استعماله فى الالتهاب الحاد ويكون بانواع الزيت والشحوم المسخنة قليلا وقد يضاف اليها بعض ادوية كالكافور وروح الافيون وروح النوشادر وعلى حسب جعل المروخ مسكنا او مخدرا او مهيجا وينبغى بعد التمريخ سواء كان مخدرا او مسكنا او مهيجا ان يغطى العضو الممروخ بخرقة من صوف مسخنة لتعين على تعريق المحل

الثالث الضمادات

الثالث الضمادات وهى من الوضعيات واكثر استعمالها فى الالتهاب الحاد وتكون من لباب الخبز المطبوخ بالماء او من دقيق البزور الملينة المطبوخة ايضا وقبل وضعها على المحل ينبغى ان تمد على خرقة تثنى اطرافها ليصان ما فيها عن الخروج منها فيلوث ما حواليها وان لا تكون جامدة ولا مايعة جدا بل معتدلة القوام لان الجامدة لا تؤثر والمايعة لا تثبت على المحل وان تصان تلك الخرقة بوضع رفادة عليها اعرض منها وتحفظ بلفافة تشد من الطرفين اكثر من الوسط ثم ان هذه الضمادات تارة تكون ملتصقة بالمحل المصاب وتأثير هذه اشد وتارة يحال بينه وبينها بخرقة رقيقة فلا توسخ الجلد ولا تنفذ فى تجاويف البدن وهذه تكون اولى اذا كانت على نحو الوجه او العينين او الاذنين وينبغى ان تغير هذه الوضعيات كخبز الان حرارة المحل الملتهب تنشفها سريعا وتفسد جوهرها خصوصا اذا كان فى الضماد لبن ولذلك يبدل اللبن بماء الخبازى ولاجل تتميم الدلايل الشفائية المختلفة تجعل الضمادات كالمكمدات ذات خواص متنوعة بحسب طبيعة الجواهر المركبة هى منها فاذا اضيف اليها الطين المختوم او اشنيتات الرصاص

اى خل الرصاص كانت محللة او النبيذ او الجواهر العطرية كانت منبهة ومقوية ونحو ذلك

الرابع وضع البارد

الرابع وضع الاشياء الباردة وهى من اجود المضعفات للالتهاب وكونها فى ابتدائه اولى من كونها فى اشتداده وتنفع كثيرا فى الرض والخلع اذا قصد بها تدارك التجمع الدموى الموضعى فى الجهة المصابة قبل حصوله وكيفية الاستعمال ان يوضع العضو فى الماء البارد جدا او الماء الجليدى او توضع على العضو حوصلة كبيرة مملوءة من الجليد المفتت او خرقة مبلولة من الجليد الذائب او الماء البارد واذا كان المقصود من الوضعيات التسكين او تدارك الالتهاب قبل حصوله اقيمت مدة طويلة على العضو المصاب والا كان تأثيرها سريع الزوال ويعقبه ثوران جديد يزيد فى العوارض المراد مقاومتها والزمن المتوسط لمكث الوضعيات الباردة على العضو يكون بحسب قوة الداء وضعفه فيكون ثلاث ساعات واربعا وعشرا وربما كان اكثر ويجدد السيال فى هذه المدة كلما سخن والجليد كلما ذاب

الخامس الضغط

الخامس الضغط فقد اختار بعض الاطباء ان يعالج الالتهاب بالضغط على اصل الشريان الجارى فى العضو المصاب او على العضو كله ويكون باللف عليه على نسق واحد ومنفعة الضغط انه يمنع انصباب الدم للعضو فلا يزيد الالتهاب وهو لا ينفع فى الالتهاب الحاد وانما ينفع فى المزمن الغير المؤلم فلهذا ينفع فى نحو قرح الساق وفى الشيوخ وفى الاوذيما واعلم ان انصباب الدم فى الجزء الآتى هو اول ظاهرة للالتهاب وتزيد به جميع الاعراض الناشئة عن الالتهاب

السادس الفصد الموضعى

السادس الفصد الموضعى وهو من اجود المعالجات واقواها لمقاومة الالتهاب والطب الفيسولوجى برهن على عظم نفعه فى الالتهابات الباطنة واستفادت منه الجراحة المنافع الكثيرة وينبغى فيه حتى يكون كافيا فى مقاومة الالتهاب ان يكون بحسب شدة الاعراض وخفتها اذ القليل لا يحصل منه نفع ولا ينقص الدم بل يعين على زيادة انصباب الدم فى الموضع الملتهب واذا سكنت الاعراض بالفصد ثم رجعت كرر ثانيا وثالثا واكثر من ذلك حتى تزول بالكلية

٭٭ ارسال العلق

٭ وانفع الاشياء التى يتم بها الفصد الموضعى هو العلق وهو يفتح الجلد حتى يصل للنسيج الخلوى تحت الجلد

ويوضع

ويوضع فى اى جهة من البدن ويحصر فى محل صغير من العضو الذى يراد فصده
وبواسطة استفراغه دما وافرا ينصرف الالتهاب لانه ينشا عن العلق تجمع
دموى صناعى فى محل وضعه وتهيج موضعى يقاومان اعراض الالتهاب الموجود
فى العضو المصاب والعلق حيوان مائى ذو دم احمر رأسه اصغر وادق من ذيله
وشكلها كالخرطوم وفى فمه ثلاثة اسنان يفتح بها الجلد فتحة مثلثة ثم يمتص الدم
ومما ينشط العلق ليعلق ذلك الموضع قبل ارساله حتى يحمر او دهنه باللبن او بماء
محلى بالسكر واذا كان الموضع ضيقا جدا كالاجفان والشفة واللثة
وغيرها اخذت العلقة باليد فى خرقة وقرب فاها الى الموضع المقصود فتعلق
وكذا الثانية والثالثة وهكذا واذا خيف تعلقها بمحل غير المطلوب
جعلت فى وعاء ضيق من زجاج او فى انبوبة ونحوها ووضعت على المحل واذا كثر
عددها جعلت فى خرقة وقلبت الخرقة على الموضع وحجز ما حواليها بشئ يمنعها
عن الخروج ومتى امتلأت العلقة سقطت بنفسها فاذا اريد اسقاطها قبل ذلك
ذر عليها ملح او فلفل او نشوق ولا تنزع قهرا فربما تركت اسنانها فى الجلد فتحدث
فيه التهابا او تقيحا او كلاهما ومما يعين على استفراغ الدم من المحل مسحه بعد سقوط
العلق بماء فاتر او وضعه فيه او تعريضه الى بخار الماء الحار او وضع الضمادات
المحللة عليه او المحاجم اذا اريد استفراغ دم زائد وذلك جميعه يكون على حسب
المواضع وقدر الدم المطلوب استفراغه * ومن الفصد الموضعى الحجامة وهى تتم ومنه الحجامة
بالمحاجم التى هى اوعية مستديرة من زجاج او فخار او معدن او غيرها افواهها
اضيق من بطونها وقد يوضع فى بطونها قطن او مشاق قليل ويوقد بالنار ثم يوضع
فمها على الموضع فيتمدد الهواء الذى فى بطونها والذى على سطح الجلد ويتخلخل
ويذهب اكثره بواسطة النار فيعلق المحجم بالجلد ويحدث فيه انتفاخا واحمرارا
ويتزايد اليه الدم والسيالات فاذا اريد رفع المحجم غمز بالاصبع على الجلد المجاور
لحافتها فيدخل فيها الهواء فينفصل المحجم بسهولة ومن المحاجم نوع يكون
فى اطرافه ثقب يضع الحاجم فمه عليه ويجذب بنفسه الهواء الموجود فيها فيحصل
الخلا ونوع آخر ذو طلنبة يستخرج بها الهواء ثم الحجامة منها ما تسمى يابسة

وتكون بوضع المحاجم من غير تشريط وهي تنبه الجلد وتنفع في الاوجاع المزمنة
ومنها ما تسمى رطبة وتكون بوضع المحاجم على المحل بعد تشريطه ليخرج منه
الدم وترفع كلما امتلأت ثم توضع ثانيا وثالثا وهكذا الى ان يستوفى المقدار
المطلوب وكثرة عدد المحاجم وقلته وتكرار وضعها يكون على حسب الحاجة
ومعالجة محل الحجامة يكون بوضع رفادة مدهونة بمرهم جالينوس عليه واذا اريد
استفراغ زايد وضع على محل التشريط ضماد ملين وهذه تنفع في الاوجاع الالتهابية
وفي التهاب البلورا والرئة والكبد وفي جذب الدم لارجاع نزيف احتبس وتكون
على المحل المصاب او بالقرب منه * ومنه التشريط وهو جروح صغيرة في الجلد يقل
عددها او يكثر بحسب الحاجة وتكون بحد المبضع او المشرط لاستفراغ
موضعي وتستعمل في الاحتقان الالتهابي في الاجفان واللسان والقلفة وتنفع
في الاستسقا اللحمي لتستفرغ المواد المصلية المحتبسة في الجلد وفي النسيج الخلوي
* السابع اطلاق الاختناق وذلك فيما اذا لم ينفع في الالتهاب جميع المعالجات
المتقدمة ولو كانت جيدة جدا ولم يزل آخذا في شدة التزايد وعرف ان ذلك
من اختناق الجهة المصابة بان تكون غائرة في البدن ومحيط بها اوتار او عرض يمنعها
عن التمدد او عرض لبعض الاعضاء نفوذ في فتحات ضيقة لا تتمدد ولم تتمكن من
الرجوع فتلتهب وترم ويحصل من ذلك حركتان متقابلتان ميل العضو
الملتهب للانبساط ليرجع وميل العضو الضاغط للانقباض ليمنع فيحدث ثم الالم
واحمرار وحرارة شديدة ثم حمى ولا تسكن هذه الاعراض الا اذا وقع انفساخ الحابس
او الحابس او كلاهما في الغنغرينا وفي هذه الحالة لا تنفع الوضعيات الملينة
ولا المبردة ولا الفصد الموضعي ولا الضغط بل ينبغي اذا كان العضو المصاب مهما
للحياة او كان هناك اعراض خطرة جدا ان يبادر بالعملية الجراحية التي تزيل
اختناق النسيج الملتهب وتوسع له ليتمدد وتندفع السبب الموجب للالتهاب وتلك
العملية هي الاطلاق وتستعمل غالبا في الدمل المسماري والجمرة بالجبهة والداحس
وفي التهاب العضلات والنسيج الخلوي للفخذ والساق والساعد والمخ وفي اختناق
الفتق ونحو ذلك وكيفية العملية اذا كان المحل المصاب قليل التركيب وغير مهم

ومنه التشريط

السابع اطلاق الاختناق

العيـاة ان يشق الجزء الذى نشأ عنه الاختناق فى مرة واحدة وتستعمل هذه الطريقة فى الدمل المسمارى الذى نشأ عنه الم لا يطاق وحمى واعراض اخر وتمنع جميع الاحوال الرديئة التى تنشأ عن الالتهاب ويسكن بها جميع الاعراض السمباتويه ويعالج الجرح بعد ذلك بالاشياء المحللة كالضمادات والمكمدات الملينة وغير ذلك وتستعمل ايضا فى الداحس وفى التهاب الانسجة التى تحت الاوتار العريضة للاطراف والرأس وفى الالتهابات التى من هذا القبيل فان كان العضو المختنق مهما للحياة واستعمال السلاح فيه يكون خطرا فينبغى ان تشق جدران التجويف المنحصر فيه ذلك العضو ويطلق بدون ان يجرح وتستعمل هذه الطريقة بالاخص فى عملية الفتق المحتبس

الكلام على المعالجة العامة

واعلم ان الالتهاب الموضعى قد ينشأ عنه على سبيل السمباتيا تهيج فى الاحشاء الرئيسة وتشوش فى وظائفها فلا ينبغى للطبيب ان يقاوم الالتهاب فى الاعضاء المصابة اولا فقط بل يقاوم ايضا نتائجه الحاصلة فى الاعضاء البعيدة وليعلم الجراح ان جميع الاعضاء فى البدن الحى يرتبط بعضها ببعض وان الاشخاص الذين فيهم امتلاء دم وقبول للتهيج العصبى مستعدون للالتهاب اكثر من غيرهم . ولذا كانت الاعراض الالتهابية فى غيرهم خفيفة ويبرؤن بسرعة فحينئذ لا ينبغى للمصابين به ترك ما يضعف قوة احواله بل يبادرون بترطيب الهواء واراحة الجسم والذهن والامتناع عن الاطعمة المنبهة جامدة كانت اوسايلة واذا اشتد المرض بهم تمنع عنهم الاغذية ويؤمر لهم بالمشروبات المبردة المحمضة والحقن الملينة والاستحمام بالماء الفاتر فهذه هى الوسايط العامة التى بها تضعف قوة السمباتيا و تدارك تهيج الاحشاء وتسكن قوة ما هو حاصل واذا لم تكف هذه الاشياء فينبغى ان يستعان بالاستفراغ الدموى العام الذى من خواصه الاولية انه ينقص كمية الدم فى الحال ثم يغير خاصته المنبهة وهذه العملية تسمى الفصد وهو يكون بفتح وريد اوشريان والاول منهما يسمى الفصد الوريدى والثانى يسمى الفصد الشريانى

* اما الفصد الوريدي فيكون في الاوردة التي تحت الجلد من العنق والساعد والكف والساق والقدم وهذا الفصد يحتاج لرباط ومبضع فالرباط شريط من صوف احمر طوله ذراعان وعرضه قراطان والمبضع القصير كبة من يد ونصل فاليد مركبة من قطعتين من باغة او قرن او صدف او غيرها والنصل يكون من فولاذ في شكله كالحربة وينقسم الى عقب ووسط وسن وكل من الوسط والسن محدد الجانبين *

اشكال المبضع ثلاثة

واشكال المبضع ثلاثة لانه اما ان يكون على شكل الشعيرة بان يكون عريضا مادون السن وهذا مناسب لفتح العروق الغليظة الظاهرة واما ان يكون كحبة الهرطمان ويسمى الشوفان والخرطمان وهذا سنه اطول مما قبله واما ان يكون كلسان الثعبان بان يكون طويلا رقيقا جدا وهذان مناسبان لفتح العروق الغائرة او لتضييق البضعة * ثم ان الاوردة المقصودة من مابض الذراع خمسة القيفال

الاوردة المقصودة من الذراع خمسة

والدماغي والباسليق اي السلطاني لانه كان يظن انه سلطان الاوردة والوسطيان المعروفان بالاكحلين والزندي فالقيفال ينتهي في الوريد الابطي سائرا اليه في طول الذراع من الجهة الوحشية والباسليق ينتهي في الابطي ايضا سائرا اليه على طول الذراع من الجهة الانسية والوسطيان موضوعان في مابض المرفق على الواراب احدهما متصل بالقيفال وهو المجاور له من الجهة الانسية والثاني متصل بالباسليق وموضعه امام الشريان العضدي ووتر العضلة ذات الرأسين والزندي فرع من الباسليق موضوع على الجانب الانسي من الساعد وهذه العروق تتفرع في الساعد وظهر الكف وتفصد من هنالك متى كانت اوردة المابض خفية

ما يجهز للفصد

* والاشياء التي يلزم تحضيرها قبل الفصد ماء وخل واناء الدم ورفادتان سميكتان مربعتان متفاوتتان في الحجم احداهما اصغر من الاخرى واللفافة طولها ذراعان وعرضها قراطان والمفتصد يصح ان يكون جالسا او مستلقيا لان هاتين الحالتين لا يمنعان الفصد ثم ان الفاصد قبل ربطه ذراع المفصود يضطر الى معرفة محل الشريان العضدي ووتر العضلة ذات الرأسين لئلا يصيبهما حال الفصد وينبغي في الرباط ان يجعل فوق مابض المرفق باصبعين ملتفا عليه لفتين مشدودتين شدا وسطا ليس بالقوي ولا بالضعيف ثم يعقد عقدة واحدة بشنيطة في الجانب

الوحشي

الوحشى والعروق متى كانت غليظة سطحية عرفت بالمشاهدة فان كانت غائرة
غير مشاهدة فمعرفتها بالجس بان توجد موترة تحت الجلد والشحم كحبل فان
عسرت معرفتها بالنظر والجس فالبشد الرباط زيادة عما كان ويترك نحو نصف
ساعة او ساعة الى ان تظهر فان لم ينفع ذلك غمس الذراع فى الماء الحار قدر ربع
ساعة فان لم تظهر بعد ذلك فقصد اوردة ظهر الكف اولى   وينبغى للجراح ان يفتح
المبضع على شكل الزاوية القائمة ثم يضع طرف يده بين شفتيه جاعلا عقب المبضع
من ناحية اليد التى يفصد بها وطرف النصل من ناحية اليد الاخرى ثم يمد ساعد
المفتصد فوق ساعده ويمسحه بيده الثانية برفق من اسفل الى اعلى ليمتلئ العرق
دما ويغلظ ويظهر ثم يضع ابهامه سريعا على العرق اسفل محل البضع بقليل وذلك
ليمنع رجوع الدم الى اسفل بسبب احتباسه تحت الاصبع وليمنع زوغان العرق
ايضا ثم يقبض بيده على الساعد من ناحية المرفق بعد ان يكون اخذ اليد
المفصودة تحت ابطه لتثبت ولا تضطرب ثم يأخذ من شفتيه المبضع بالابهام
والسبابة ويجعل الاصابع الثلاثة مسند الليد الفاصدة * ثم يدفع سن المبضع فى كيفية الـ
العرق مميلا للمبضع جهة نفسه ثم ينصب يده نصبا عموديا لتتسع الفتحة بالحد
المقدم للمبضع ويدل على صحة الفصد شعور الجراح بصلابة تصد طرف المبضع
ثم بخلو يغوص فيه فذلك مع بعض نقط من الدم يدل على ان الفصد صح وتم
فحينئذ يخرج المبضع من العرق ويضع ابهامه على الجرح ليطرح المبضع ويتناول
سريعا الاناء الذى يتلقى فيه الدم وفى وقت خروج الدم يستمر الفاصد ماسكا الساعد
المفصود ويأمره بتلعيب اصابعه ليسهل خروج الدم فاذا خرج القدر المطلوب حل
الرباط وجذب الجلد على محل البضع ليزول التوازى الذى بين فتحة الجلد وفتحة
العرق ثم ينشف الذراع ويضع الرفادتين على الجرح ويثبتهما بلفافة تلف عليهما
لفا صليبيا ويترك اربعة قراريط من طرف اللفافة خارجة فى الجهة الوحشية
ليعقد بها مع الطرف الاخر فى تلك الجهة ويأمر المفتصد ان يبقى ذراعه مثنيا على
صدره ساكنا قدر اربع وعشرين ساعة فان احتيج الى تثنية الفصد بعد زمن قليل
فلا يحتاج الى السلاح بل يكتفى بان يشد الرباط على الذراع المفصود وتبعد حافتا

الجرح عن بعضهما ويضرب عليه ضربة قوية باصبعين مفتوحين بحيث يكون الجرح بينهما فى الوسط فان الدم يخرج ثانيا بذلك * ثم اعلم ان عيوب الفصد ثلاثة تعسره وعدم خروج الدم وتناقصه فاما تعسره فيحصل اذا كانت العروق صغيرة اوغائرة اوزائغة اوكان كل من الشريان العضدى اووتر العضلة ذات الرأسين ملتصقا بالعرق وتدبير امر ذلك ان يقال ان صغر العرق وتعمقه يتداركان بزيادة الشد وغمس الساعد فى الماء الحار وزوغان العرق يتدارك بكون الفصد عاموديا وكون البضع بالطول لامنحرفا كما تقدم آنفا والتصاق الشريان يتدارك بالتباعد عن محل ضربانه والتصاق الوتر المذكور يتدارك بكب اليد على وجهه بحيث يصير الوتر بهذه الحركة بعيدا عن محل العرق واما عدم خروج الدم بعد البضعة فذلك لعدم انفتاح العرق اما لجهل الفاصد اولعدم صبر المفصود على تمام الفصد واما تناقص خروجه وانقطاعه سريعا فذلك اما لعدم كون الذراع موضوعا على الاستقامة اولكون الرباط مشدودا جدا اومرتخيا جدا اولصغر البضعة اولشحم مال عليها اولاغماء حصل للمفصود حال الفصد واذا لم ينجح الفصد فى عرق فليفصد عرق آخر فى نفس الذراع اوفى الذراع الثانى ثم ان الفصد فى الذراع اولى منه فى غيره لاسيما اذا كان المقصود منه تحويل اواستفراغ متدارك وافر من الدم كما فى الالتهاب الصدرى * واما الاوردة المفصودة من الساق فاثنان احدهما الصافن الانسى وهو ينفصل من الوريد الفخذى فى الاربية وينحدر على الفخذ والساق من الجهة الانسية مارا امام الكعب حتى يعلو ظهر القدم ويتفرق فيه والغالب ان الفصد فى الساق والقدم يكون من هذا الوريد وفروعه والثانى الصافن الوحشى وهو ينفصل من الوريد المابضى فى المابض وينزل على وحشى الساق امام الكعب ويعلو القدم ويتفرق فيه وهذان العرقان مغطيان بالجلد فقط ويفصدان فوق الكعب باصبعين وفصدهما يكون فى هذا المحل والاشياء اللازمة لهذا الفصد وعاء به شئ من الماء الحار ما يغطى نصف الساق ليوضع فيه ورباط ذو عقدة وكيفيته ان ... ان يربط الساق من فوق الكعب بقليل ثم توضع الرجل فى الماء الحار ...

عيوب الفصد ثلاثة

اوردة الساق والقدم

الى ان تمتلئ العروق وتنتفخ فيخرجها الجراح من الماء ويضع القدم على ركبته ثم يبضع العرق من تحت الرباط على ما ذكرنا فى طريقة البضع ثم يرد الرجل فى الماء حتى يخرج من الدم القدر المطلوب ويعلم مقدار الخارج من تلون الماء ومن حجم نافورة الدم ومن مدة خروجه ثم يحل الرباط وينشف الساق والقدم ويضع الرفادة ويلف عليها اللفافة الاصليبية بان يأخذ الجراح رباطا طوله ذراعان يطويه على هيئة اسطوانة ثم يضعه على الجهة الوحشية ويترك من طرفه ستة قراريط ويدور بالاسطوانة على الرفادة واسفل الساق ثم خلف القدم فبذلك تتصالب اللفة الاولى ثم يلف مرة ثانية وثالثة كذلك وهكذا حتى ينتهى الرباط فيعقده فى الجهة الوحشية واما فصد ظهر القدم فيفعل اذا كانت عروق الساق غير ظاهرة والامراض التى يكون فصد الساق والقدم فيها اصوب من فصد غيرهما هى التهاب الرأس فان فصدهما مصرف له والتهاب البطن فان فصدهما محول له واحتباس الطمث واحتباس نزيف البواسير فان فصدهما جاذب للنزيف ❋

اوردة العنق

واما الاوردة التى تفصد من العنق فالودجان الظاهران وهما موضوعان على جانبى العنق ومنشؤهما الوريدان تحت الترقوة ويصعدان منحرفين تحت الجلد وتحت العضلة الجلدية فيقاطعان اليافهما على زوايا حادة واظهار هذين العرقين يكون بوضع رفادة درجية على الوريد من فوق الترقوة والضاغط عليها او بوضع شريط رفيع اسفل محل البضع ويشد به على الوريد من غير ان يلف على العنق لئلا يمنع التنفس بل يأخذ المساعد بطرفى الشريط ويشدهما لجهته ويضع براح ابهامه وسبابته على العرق مفرقين أيتنع زوغانه ثم يبضعه باليد الثانية بضعة بالوراب الى اعلى والوحشية لتقطع الالياف العضلة بالعرض فتنكمش الالياف وتتباعد عن فتحة العرق فيخرج الدم والاناء الذى يتلقى فيه الدم يكون مقورا من دائره كطشت الحلاق ليحيط بالعنق ثم لاجل تسهيل خروج الدم يؤمر المفصود بان يحرك فكه كتحريكه عند المضغ ثم بعد ذلك يوقف النزيف بواسطة رفع الرباط ووضع لزقة غروية على الجرح وربطها برفق والامراض التى تستدعى هذا الفصد هى تجمع الدم فى الرأس والسكتة والجنون والرمد والخوانيق

عوارض الفصد

*واما عوارض الفصد الوريدى فهى الاغما والكدم والالم والالتهاب وتابعه ويختص فصد الذراع بخوف اصابة وتر العضلة ذات الرأسين اوالشريان العضدى فالاغما هو زوال الحس والحركة مع نقصان ضربات القلب وحركات النفس اووقوفهما فاذا احدث هذا العارض وجب حبس الدم واستلقاء المفتصد على ظهره واشمامه الخل والارواح وربما كفى رش الماء على وجهه فتنتعش قوته والكدم هو تجمع الدم فى النسيج الخلوى تحت الجلد حوالى البضعة او بعيدا عنها وسببه عدم موازاة فتحة الجلد لفتحة العرق وهذا العارض يحدث كثيرا ولا خطر فيه ولا نكاية ويعالج حالا برفادة مغموسة فى الماء البارد الممزوج بالملح اوفى العرقى الممزوج بالماء توضع عليه وتربط والالم تارة يحصل من آفة تحدث فى بعض الخيوط العصبية وقت الفصد وتارة من التهاب يحدث فيما بعد ومداواته يكون اما بوضع العضو فى ابزن مسكنة اووضع الضمادات المسكنة عليه اودلكه بالزيت المكوفر اوالمرفون والالتهاب ان حصل فاما ان يكون فى الوريد اوفى الاوعية اللينفاوية وسببه اما استعداد فى المريض للالتهاب الذى يحصل اوكسر طرف المبضع مع بقائه فى البضعة اووسخ الحديد وصداه وهذا الالتهاب قليل وقد يشتد حتى تحدث عنه الحمرة والفلغمونى والغنغرينا وربما سبب الموت ومعالجة هذه العوارض تكون برفع طرف المبضع المكسور من الوريد وبوضع الكمدات الباردة والمسهلة واذا اشتدت فى الخل وتمكنت فيه عولج بالمليات والمسهلات وبالفصد العام وبوضع العلق وبجميع ما يناسب الالتهاب واما اصابة وتر العضلة ذات الرأسين فى فصد الذراع وبضع سمحاق العظم فى فصد الساق فلا يتأتى منهما عوارض التهابية شديدة البأس بقدر ما كانت تزعم القدما واما اصابة الشريان العضدى فهى شديدة الخطر وتوقع فى نكايات عظيمة جدا وتعلم اصابته بخروج الدم وثبا وثبا ويكون دمه احمر ورديا وبانه اذا غمز على الشريان من فوق البضعة امتنع خروج الدم اوامتنع منه ما قوى خروجه ثم ان خروج دم الشريان من غير انتفاخ يسمى بالنزيف الشريانى وسريانه فى النسيج الخلوى من غير خروج يسمى بالانورسما الكاذب الاولى ومتى حدث هذا العارض الخطر فليدع جراح الدم حتى يخرج

الفصد الشريانى

منه مقدار كاف للابسرى فى النسيج الخلوى ثم يحبسه بان يضع شيأ مدورا من قطع العملة او من اى معدن كان على البضعة بعد ان يلف فى خرقة وفوقه رفادة مدرجية ثم يشد عليها بعصابة طويلة شدا قويا حتى ينطبق جدارا الشريان على بعضهما فتمتنع حركة الدم من جوف الشريان ويجدد شد هذا الرباط كلما ارتخى ويداوم على ذلك قدر اربعة او خمسة اسابيع * واما الفصد الشريانى فهو لا يكون الا فى الشعبة الجبهية من الشريان الصدغى لكونها سطحية وترتكز على العظم فيكون مسندا لها عند القطع والربط لمنع نزف الدم منها والشريان الصدغى المذكور فرع من الشريان السباتى الظاهر يصعد فى الحفرة الصدغية فيما بين النتوء الحاجى الوحشى والاذن ويتجه الى الجبهة ويتفرع فيها والجراح بعد ان يعرفه بنبضه يضغط عليه بظفره فى المحل الذى يريد قطعه منه ويغمز عليه بالابهام من فوق المحل المذكور ثم يقطعه بالعرض بمشرط صغير وطول الجرح الحاصل من ذلك ربع قيراط او ثلث فيخرج منه الدم وثبا وثبا ولونه الاحمر الوردى يدل على انه دم شريانى ثم بعد خروج القدر المطلوب من الدم يضع ابهامه على الجرح ليحبس النزيف ثم يضع عليه رفادة صغيرة درجية ويشد عليها شدا قويا بعصابة تلف على دائرة الرأس وان كان المفتصد قلوقا بذهاب عقل او بجنون ونحوهما فينبغى ان يكون الشد بلفافة على هيئة تسمى عقدة الحزام وفصد هذا الشريان اندر انواع الفصد لكنهم حثوا عليه فى الصداع المستعصى وفى ارتجاج المخ من نحو وقعة او ضربة قوية وفى الجنون والرمد الحاد سيما عند تعذر او تعسر فصد الوداج

الكلام على المعالجة المصرفة للالتهاب

المصرف هو ما يبعد التهيج عن العضو الثابت هو فيه الى عضو آخر والمهيجات المتنوعة هى المصرفات وتستعمل فى الجراحة كثيرا للشفاء من الالتهاب وتكون من الباطن اذا اريد بها احداث التهيج فى الاغشية المخاطية التى للمعدة والامعاء ومن الظاهر اذا اريد بها احداث التهيج فى الجلد والاول لا ينبغى ان يعمل الا اذا كانت اعضاء الهضم فى حال الصحة حتى لا يحدث فيها التهاب شديد فان ذلك

ربما يقوى على سبيل السمباتيا الالتهاب المراد مقاومته والمعالجة بهذه الطريقة انما تخص الطبيب لا الجراح واما الثانى وهو المصنوع الذى يراد به احداث التهيج فى الجلد فيخص الجراحة ويشتمل على عمليات شتى دقيقة وعلى كل منهما فينبغى ليكون المصرف ذا نفع ان يعمل اما فى ابتداء الالتهاب او فى انحطاطه او بعد انتقاله الى حالة مزمنة وفى الاول اذا كان الشخص قويا يضم للمصرف الفصد العام والموضعى والمكمدات الملينة ووضع البارد ولاجل زيادة التسهيل فى تحويل وارد الدم على المحل الملتهب ينبغى ان يوضع المصرف على موضع ابعد من موضع الالتهاب وفى الثانى من حيث ان الالتهاب استقر فى العضو وثبت فيه ينبغى ان يكون وضع المصرفات على اقرب موضع لمحل الالتهاب وذلك كما فى التهاب الرئة والبليورا المزمن كل منهما واوجاع المفاصل وعرق النسا فتعمل لهذه المنفطات والكى والحمصة والمقصى على الجلد الذى يحاذى موضع الالم وفى ابتداء الالتهابات يكفى احداث المهيجات السطحية السريعة الزوال بخلاف الالتهابات المزمنة فينبغى فيها احداث التهيجات الغائرة التى يبقى تأثيرها فى البدن مدة ويصحبها تقيح كثير مدة طويلة .. وليحذر من استعمال المصرفات زمن اشتداد الالتهاب الحاد فانها تزيده ولا تزيله وقبل وضعها ينبغى تنقيص قوة الالتهاب المراد مقاومته بواسطة الاستفراغات الدموية

المصرفات سبعة ١٠٤ الدلك

والمصرفات المستعملة فى سطح البدن او فى جزء منه سبعة الاول الدلك ويكون بخرقة من صوف او بفرشة لينة من شعر ويدلك بها سطح واسع من البدن دلكا متناسقا يحمر الجلد من غير ان ينسلخ والدلك يكون يابسا ذا ... ان بالمذكورين فقط ورطبا اذا كان بادوية سائلة يراد تشرب المحل منها وكثيرا ما تزاد قوة تأثير اليابس بتبخير الخرقة او الفرشة بالابخرة العطرية

الثانى غرز الابر

الثانى غرز الابر وهو يستعمل كثيرا فى بلاد الشرق لاسيما بلاد الصين وبلاد الجاپون وهذه العملية تكون بابرة دقيقة جدا ذات يد تنغذ فى البدن بان تدار بيده بسرعة شديدة بين الكفين او بالدق عليها بقطعة صغيرة من الخشب وهذه العملية يمكن عملها فى اى جهة من البدن لان هذه الالة صالحة لان تنغذ فى الجسم

وتغوص فيه مصرات كثيرة فى اصفار متجاورة من السطح المحاذى لمحل الالم من غير ان تشدخ خيوط الانسجة الدقيقة فهذا خطر الكنه ينبغى تبعيدها عن المفاصل والاوعية الغليظة والاعصاب الكبيرة والاعضاء الشريفة وتأثيرها تهيج لطيف وتكرر هذه العملية على حسب شدة الالتهاب وضعفه

الثالث الخ

الثالث ضماد الخردل وهو ان يؤخذ دقيق بزر الخردل ويعجن بالخل ويوضع على المحل كوضع بقية الضمادات وقد تلطف قوة تهييجه باضافة شئ من الدقيق المعتاد عليه والغالب ان لا تلطف لان شأنها ان تكون قوية التهييج وينبغى ان يكون وضعها على موضع اوسع من موضع الداء

الرابع المنفط

الرابع المنفطات وتتخذ من كل جوهر اذا وضع على الجلد احدث فيه تهيجا وافراز مصل وتنفطا فى البشرة وتلك الجواهر هى الذراريح والخردل وروح النوشادر وحرارة الشمس والماء المغلى وغير ذلك وفعل هذه الجواهر يختلف فى السرعة والتأثير والذراريح اكثرها استعمالا وتكون تارة كالضماد وتارة كاللازوق ومسحوق الخردل يعسر ان يحدث فى الجلد تنفطا بل الغالب انه يهيجه او يحمره فقط وروح النوشادر يدلك به الجلد او توضع عليه خرقة مغموسة منه فيؤثر فيه سريعا والماء المغلى اقوى من روح النوشادر لانه يؤثر حالا وعمل المنفطة منه ان يوضع الماء فى اناء ويقلب على الموضع ويكون فم الاناء محكما عليه مانعا للماء مانعا له عن السيلان الى غير الجهة المقصودة ثم يرفع حالا وعمل المنفطة من حرارة الشمس ان تحبس على الموضع بواسطة انحصار شعاعها فى زجاجة وهذه لا تعمل الا عند فقد غيرها ثم تعمل منه المنفطات ثم ان هذه المنفطات منها ما يحمر الجلد ومنها ما يقيحه ومواضعها من البدن القفا والجهة الانسية من العضد والفخذ والساق وقد توضع على محل الداء وعلى ما بينه وبينه سمباتوية فالمحمرة للجلد تنفع فى الالتهاب المعدى المعوى الحاد ويكون فى الساق او الفخذ مصرفة للداء والمنفطة ان كان القصد منها التحويل وضعت على المحل القريب من العضو المصاب او على المحل الذى له معه مشاركة ففى الرمد المزمن توضع على القفا وفى وجع الاعصاب توضع على مسير العصب واذا كان القصد منها جذب المادة من الجسم واخراجها

شيأ فشيأ حتى لاتنتقل الى اعضاء اخرى فلا توضع الا فى العضد او الساق ويشغل المحل زمنا طويلا ومن الجاذبة ما يوضع على المحل المريض لجذب الالتهاب الذى كان فارقه وذهب الى عضو مهم كالصباة فان كان هناك شعر فليحلق ثم يدلك الموضع بالخل وتوضع عليه المنفطة وتثبت برفادة ثم تربط ومدة مكث المنفطات المحمرة على المحل ساعتان او ثلاث والمقيحة ثنتا عشرة او اربع وعشرون ساعة ثم ترفع بلطف وتفتح الجلدة بالمقص ليخرج ما فيها او ترفع بالكلية اذا اريد زيادة التقيح ثم يشغل المحل ان اريد تشغيله بوضع ورق الساق او الورق الرقيق النشاش عليه بعد ان يدهن بالزبد او بمرهم جاليني ويغير عليه فى النهار مرتين او اكثر على حسب شروح المادة * وعندما يراد تبديل المنفطة بالحمصة توضع فى وسط القرحة حمصة صغيرة ثم تبدل باكبر منها شيأ فشيأ وتثبت برفادة درجية ويشد عليها شدا قويا فتأخذ الحمصة محلها من الجسم وتحدث فيه ثقبا على قدر حجمها ومتى حصل من الحمصة ما هو المقصود فليداوى بقية القرحة بالجواهر الملطفة

تبديل المنفطة بالحمصة

الخامس كى الحمصة وهو قرحة صغيرة تحدث بواسطة الصناعة وتستدام مدة والمواضع المناسبة لذلك الذراع فى الحفرة الموجودة فى الجهة الوحشية من العضد على المحل الذى ترتكز عليه العضلة الدالية والفخذ فى اسفل جهتها الانسية منه امام وتر العضلة الثالثة من مقربات الفخذ والساق فى جهتها الانسية اسفل الركبة فيما بين العضلة التوأمية الانسية ووتر العضلة الخياطية وهذا الكى على ثلاثة انواع لانه اما بالتقييح او بالشق او بالجواهر الكاوية فالذى بالتقييح يكون بوضع المنفطة على المحل حتى تفعل فعلها ثم ترفع البشرة ويوضع مكانها حمصة على ما تقدم وتغير فى كل اربع وعشرين ساعة حتى تأخذ الحمصة مكانها وهذا النوع بطىء مؤلم فلا يستعمل الا للذين يخافون من السلاح او عند عدم تيسر النوعين الاخرين واما الذى بالشق فهو اسرع فعلا واقل الما ويكون برفع الجلدة الى فوق وشدها من الطرفين بان يمسك المساعد احدهما والجراح الثانى ثم يشق بيده الثانية الجلدة شقا صغيرا بقدر ما يسع الحمصة ثم يضع فى هذا الشق قليلا من النسالة ويشد عليه كما مر ويتركه يومين او ثلاثة حتى يبتدى الحال فى التقيح ويغير

كى الحمصة

عليه ويضع فيه حمصة او قطعة من شمع او خشب او غيرهما * واما الذي بالجواهر
الكاوية فهو اكثر استعمالا وهو ان تؤخذ خرقة مربعة عرضها ثلاثة اصابع
يمد عليها الداخليون ويفتح في وسطها ثقب بقدر العدسة وتلصق على الموضع
ثم يوضع فوق الثقب قليل من البوتاسة الكاوية بقدر سعة الثقب ويحوط عليها
بسالة لئلا تزوغ عن محلها ثم يوضع فوقها لزقة ثانية من الداخليون اكبر من
الاولى وتثبت برفادة ورباط وتترك قدر ست ساعات او عشر ثم تزال بلطف ويدهن
الموضع بمرهم جالينوس وبعد سقوط الخشكريشة يوضع في محلها الحمصة وتغير مرة
او مرتين في النهار على حسب المادة الخارجة فاذا اريد زيادة التشغيل في الدوام
ابدلت الحمصة بازرار نارنج الصغيرة جدا المجففة او بجذور البنفسج او بحمصة
مدهونة بمرهم الذراريح وكى الحمصة احسن من المنفطات اذا كان المقصود منه
دوام التشغيل واختيار المواضع يكون على حسب الداء فان استوت المواضع
في النفع عند الطبيب فاحسنها الذراع

السادس: الشريط وهو تنفيذ فتيل في الجلد لتجدد دوام التقيح ويكون في مواضع
اجودها القفا والسلاح اللازم له شريط ذو حد مستقيم ومصلة في احد طرفيها
زر وفي الاخر ثقب بالطول ينفذ فيه الفتيل وقد يستعمل بدلهما حديدة تسمى
ابرة الحزم وهي نصلة مفرطحة تشبه نصل المبضع في عقبها ثقب بالعرض يدخل
فيه الفتيل ثم تنفذ الحديدة والفتيل معا في الجلد والفتيل ينبغي ان يكون من
خرقة كتان رفيعة منسولة من الجانبين وقد يكون من غزل القطن وكيفية عمل
الحزم ان ترفع الجلدة وتشد من طرفيها فيمسك المساعد احدهما والجراح الاخر
بيده اليسرى ثم يدخل الشريط في الجلد المشرط بالعرض ثم ينفذ الفتيل بالمسلة
او يعمل العملية بالحديدة المذكورة وهي الاوفق لذلك واحد الطرفين من الفتيل
يجعل قصيرا والثاني طويلا يثنى مع الرباط وبعد اتمام هذه العملية بيومين
او ثلاثة يغير الجهاز ويدهن من الفتيل من الطرف الطويل قدر قيراطين بمرهم
جالينوس ويشد الطرف القصير برفق الى ان تدخل في الجرح القطعة المدهونة وتقص
القطعة التي تشربت المادة وتعاد هكذا في كل اربعة وعشرين ساعة مرة او مرتين

على حسب مقدار المادة حتى يتم الغرض واذا قرب فراغ الفتيل وصل من طرفه بفتيل آخر والخزام من المصرفات الجيدة جدا وتنفع فى وجع الرأس الا .... المتعاصى وبعض انواع الصرع والرمد المزمن وامراض الصدر المزمنة ووجع المفاصل المزمن وقد يتفق ان يتولد حوالى الجرح زوائد لحمية فتزال بالشب المحرق المسحوق او بالحجر الجهنمى او بالقطع وقد يتفق ان يأكل الفتيل الجلدة ويقطعها فينبغى ان يفتح خزام آخر ان امكن والا فيبدل بحمصة فى الموضع واعلم ان ابطال تشغيل الخزام او الحمصة بسرعة مضر جدا لانه يحدث عنه انتقال الالتهاب الى المخ او الرئة او المعدة او لامعاء فيورث السكتة والسل وغيرهما او ... فينبغى ارجاع التقيح وفتحهما حالا لتستفرغ المواد

السابع المقصى وهو كى الجلد بجواهر مختلفة كالقطن والصوفان وغيرهما ويعمل على شكل اسطوانى عرضه قيراط او اقل وطوله كذلك وكيفية عملها ان تأخذ قليلا من قطن مندوف وتجعله وسط خرقة وتلفها عليه لفا قويا والاولى ان تلفه بدون الخرقة وتدهن ظاهره بالصمغ السنارى وتنشفه وان كانت من الصوفان فلا خرقة اصلا بل يلف وتهندم اطرافه ثم يمسك بالماشة او بالجفت ويلصق احد طرفيه بالجلد ويوضع النار على الطرف الاخر ليولع ثم ينفخ عليه شيأ فشيأ الى ان يحترق ويصل الى ... الى آخره فيحس المريض بألم شديد ويحصل فى الجلد التهاب وخشكريشة والمقصى من اجود المصرفات واقواها وينفع فى وجع المفاصل المزمن وفى امراض العصب وفى الشلل والروماتيزمو المزمن وفى ابتداء تسوس السلسلة الفقارية وغيرذلك ومعالجة الخشكريشة تكون بمرهم جالينو واذا زاد الالتهاب المراد احداثه عن القدر المراد عولج بوضع الجواهر الملينة وبعد سقوط الخشكريشة يبقى موضعها متقرحا وفيه مادة فينبغى ان يبقى تشغيله او ان يترك حتى يلتحم على حسب ما تقتضيه الحاجة واعلم ان اجود المصرفات واقواها ما يحصل منه اشد الالم واعظمه لان الالم هو عنصر التصريف والطرق التى ذكرناها فى التصريف هى اقوى المصرفات فى الجراحة وتستعمل عندما يكون التهيج مزمنا ثابتا فى عضو غير مفارق له او يكون فى الاحشاء المهمة للحياة تهيج شديد الخطر

السابع المقصى

مو هى كلمة يونانية ... المادة ولذلك ... وانتهاب ... العريضة وقد من الجسم ولذلك لارياح النشالة وفى ... الطبيعى

الباب الثالث فيما ينشأ عن الالتهاب وما يخص ذلك من العمليات

الذى ينشأ عن الالتهاب وينتهى به ستة اشياء

الاول التقيح وتكون الخراج وهو اغلب ما ينتهى به الالتهاب ويحصل ذلك اذا لم تؤثر المعالجات التى ذكرناها آنفا فى الالتهاب نفعا والقيح يتكون فى وسط النسيج الخلوى الذى تحت الجلد او الذى تحت الاوتار العريضة او الذى بين العضلات او الذى هو داخل فى تركيب النسيج الخاص للاعضاء وابتداء تكونه يكون فيما بين صفائح النسيج الخلوى ثم بعد ذلك بقليل يجتمع فى محل واحد او اكثر ويمكن معرفته حينئذ بالتموج اذا كان الخراج ظاهرا اما اذا كان غائرا فيكون التموج خفيا او غير محسوس به ويستدل على تجمع القيح حينئذ بكون ما يجاوره لينا كالعجين وهو ينذر غالبا بالقشعريرة والحمى وجفاف الفم وحرارة الجلد وشدة بقية الاعراض الموضعية وتفتح المادة يظهر بلين وسط الورم ويكون قاعدته كالعجين ويكون الجلد المغطى للخراج رقيقا ولونه كانه ابيض مائل للصفرة واقوى علامات وجود القيح التموج ويظهر ذلك التموج بوضع الوسطى والبنصر من احدى اليدين على جهة من الورم ووضعهما من الاخرى على اعلى الورم ثم يغمز بهما عليه بالتعاقب فيظهر ذلك التموج وينبغى فيما اذا كان الصديد غائرا التحرز من اشتباه حركة التموج بحركة الاجزاء اللينة التى تكون هناك * والخراج يتنوع الى موضعى وعرضى فالاول ما يظهر فى نفس المحل الذى يكون فيه القيح والثانى ما يظهر فى محل قريب او بعيد عن العضو المصاب والخراج الموضعى ان سبقته اعراض التهابية حادة شديدة جدا سمى خراجا حارا او فلغمونيا وان تكون شيأ فشيأ وكان الالتهاب فيه ضعيفا سمى خراجا باردا * ومعالجة الخراج الحار تكون بالشق فينبغى فى فتح الخراج لاخراج الصديد منه ان يكون بالشق عليه فى المحل الذى تميل اليه المادة حيث يكون التموج ظاهرا والمناسب فى الخراج الصغير اذا كان فى الوجه او العنق او ثدى المرأة ان يترك فتحه للطبيعة لان التجربة حققت ان الصديد ذا خرج بنفسه كانت الاثر اى اثر الالتحام اقل تشوها مما اذا خرج

ينتهى الالتهاب به الاول الخراج

علامات تكو

تنوع الخرا

معالجة الخرا

بواسطة المشرط او المبضع والخراج الكبير ينبغي فتحه مرتين او كذا الذي يجاور
المفاصل او التجاويف العظمية او المواضع التي يكون النسيج الخلوي فيها رخوا جدا
ولا ينبغي الاستعجال بفتح الخراج حتى يظهر فيه اللين لاجل اخراج المدة لان
حذاق الجراحين قالوا ان الصديد يولد الصديد * واما فتح الخراج بوضع قطعة
صغيرة من البوتاسا الكاوية في وسط الورم وتثبيتها عليه بلزقة غروية
كالدياخيلون فيحصل منها خشكريشة تنشق ثم يوضع على الورم ضماد
ملين فهو طريقة غير مستعملة في العادة ولا تعمل الا للذين يتنافرون من السلاح
وسبب تركها انها تؤثر تشوها في المحل باذهابها قطعة من [illegible]
احسن فيه استعمال الآلات القاطعة * ولما كان الخراج من الامراض
التي تستدعي الشق البسيط كثيرا اردنا ان نوضح كيفية الشق وانواعه فنقول
الشق هو تفريق اتصال الاجزاء الرخوة من البدن على قاعدة مخصوصة بآلة
قاطعة والشق البسيط يكون بالمشرط او المبضع فالمشرط وهو اكثر الآلات
استعمالا في الجراحة آلة كالسكين الصغير مركبة من نصل ويد فالنصل طوله
نحو ثلاثة قراريط ويكون مستقيما او منحنيا ويأتي بزاوية حادة او منفرجة
او برز وحده القاطع يكون مستقيما او مقعرا او محدبا ويتصل النصل باليد بواسطة
لولب او مسمار وينطوي على اليد او لا ينطوي عليها وحد النصل يلزم في جميع
الآلات ان يكون حادا مسنونا سنا جيدا بحيث يرى فيه بواسطة النظارة [illegible]
ميكروسكوبوس اي النظارة المجسمة الكاشفة للاشياء الصغيرة [illegible]
النظارة المعظمة اسنان كاسنان المنشار ولذلك كانت [illegible]
بالسحب كحركة المنشار لا بالتحامل * ومسك المشرط يكون على حسب الشق
في كونه من الخارج الى الداخل او عكسه فاذا كان الشق من الخارج الى الداخل
فليمسك المشرط باليد اليمنى او اليسرى وليكن الابهام والوسطى على جانبيه
في محل اتصال النصل باليد وتبسط السبابة على ظهر النصل والخنصر والبنصر
يقبضان على اسفل يد المشرط ويثبتانها على الراحة فاذا امسك المشرط على هذه
الكيفية وكان الشق الى جهة الجراح او من الشمال الى اليمين فليتحمل طرف يد الآلة

(في الهامش:) علاج الخراج بالجواهر الكاوية مصور

(في الهامش:) انواع الشق

(في الهامش:) مسك المشرط

دائما من الجهة التي ينتهي اليها الشق وهذه الكيفية تعمل اذا لم يكن تحت الجلد شيء يخشى جرحه فيُمسك الجراح العظيم والرسوب الدموي يدخل الجراح رأس المشرط ادخالا عموديا ثم يميل اليد الى الاسفل حتى يكون ميل حد الآلة على سطح الجراح على زاوية حادة ثم يجره حتى يصل الى آخر الشق فينصب المشرط نصبا عموديا كحالة الادخال لينقطع الجلد قطعا متساويا ولا يكون للشق ذنب واعلم انه قد يخشى في بعض الاحيان من ان يصيب المشرط بعض الاعضاء التي تحت الجلد فينبغي حينئذ ان يقبض الجراح على طرف الجلد من جهة ويقبض المساعد على الطرف الآخر من الجهة الاخرى ويرفعانه لجهة اعلى ثم يضع الجراح حد المشرط على اعلى الثنية ويشق في مرة واحدة حتى يصل الى نهاية المطلوب واذا لم يمكن القبض على الجلد ولا رفعه فليضع الجراح الابهام والسبابة من اليد الغير الماسكة للمشرط على الجلد ويفرقهما ويتكئ بمؤخر الراحة لينبسط الجلد ثم يشق برفق حتى يصل الى النسيج الخلوي فيكون الاصبعان على حافتي الشق ومؤخر الكف من خلفه فان احتاج الامر الى توسيع الشق فليدخل الموصل في زاوية الشق من الجهة التي يراد توسيعها ليهتدي المشرط بذلك الى تتميم الشق وان كان الشق من الداخل الى الخارج وهذا لا يتأتى الا اذا كان الجلد مفتوحا بعرض او شق صناعي فليوضع الاصبع او الموصل في فتحة الجلد ثم تتم العملية وكثيرا ما يكون ادخال المشرط المذكور في الجرح عاريا عن الاصبع او الموصل خطرا فيستعمل حينئذ المشرط ذو الزر لانه لا يفعل ذلك او يستعمل الموصل واحسن الموصلات وأمنها الاصبع فيستعمل حيث امكن بان يلصق عرض المشرط على بطن الاصبع ويدخلا معا في الجرح فاذا وصلا الى المحل المقصود نصب حد المشرط نحو الجهة المراد شقها ثم شق واذا لم يمكن ادخال الاصبع في هذه العملية فليستعمل الموصل وهو مبارذ ذو قناة يجري فيها سن المشرط ويسمى بالمجس القنوي وكيفية العمل به ان يوضع الكف من اليد اليسرى امام الفتحة منبطحا ويمسك بالابهام والسبابة منه ترسة الموصل القنوي ويدخل سنه في مسير الجرح من الجهة المراد شقها وتحت الاربطة المراد قطعها ويفعل به حركة ارتفاع وانخفاض حتى ينتهي

شق الجلد بعده

استعمال الموصل

الى ما يراد شقه فيتكأ على طرف الموصل بالابهام فيرفع الطرف الداخل الجلد الى فوق ويعد الاجزاء الكائنة على الموصل ثم يضع الجراح المشرط فى قناة الموصل ماسكا له كما فى القطع من الداخل الى الخارج ويشق به حتى ينتهى الى اخر القناة فيرفعه الى الاعلى ويشق به الجلد من الداخل الى الخارج * واذا اريد الشق من الامام او من اليمين الى الشمال فليجعل حد المشرط الى اعلى والابهام والسبابة على جانبى محل اتصال النصل باليد وبقية الاصابع منثنية على يد الآلة واذا كان الشق الى جهة الجراح او من الشمال الى اليمين فليمسك المشرط كالقلم الكتابية ثم يدخل الموصل كما ذكرنا آنفا ثم يضع سن المشرط فى قناة الموصل مميلا له الى اسفل ثم يرفعه

الشق بالمبضع

الى اعلى مع الشق شيأ فشيأ الى ان ينتهى الشق فيخرجهما معا * والمبضع يستعمل فى فتح الخراج الصغير او فى الشق لادخال الموصل مع المشرط ولكن المشرط مقدم على المبضع حتى فى هذه

انواع الشق

واعلم انه قد يحتاج الى كشف بعض مواضع من البدن فيشق الجلد المغطى لتلك المواضع باى نوع من انواع الشق فاذا شق على موضع من جهة ثم شق كل من شفتى ذلك الشق من الوسط شقا مقاطعا للشق الاول سمى مجموع ذلك شقا صليبيا هكذا + واذا شق احدى شفتيه فقط شقا عموديا سمى الشق تائيا لكونه يشبه التاء الافرنجية هكذا T وان شق عليه [illegible] والتقيا على نقطة سمى فريا لكونه على شكل الفو اللطينية هكذا V وان [illegible] احد الشقين عن الاخر سمى لاميا لكونه يشبه اللام اللطينية هكذا L واذا كثرت الشقوق فى العملية كان الالتحام عسرا فلذلك فضلوا الشق الفردى والشق [illegible] والشق اللامى على الشق الصليبى اذ هو مع كونه كثير الشقوق ليس بأجود من [illegible] فى كشف الاورام والتسوس وغيرهما مما يستعمل هو فيه و[illegible] لا يستعمل الا فى ازالة قطعة كبيرة من الجلد * واعلم ان للشق بجميع [illegible] شروطا الاول ان يكون السلاح مسنونا مرهفا والثانى ان يكون الشق على [illegible] غضون الجلد اذا كان الشق فيه مثلا وذلك للتحرز عن تشوه الجلد بعد التحام الجرح وعلى طول العضو اذا كان فى الاطراف وذلك ليسهل [illegible] فيحصل الالتحام ولئلا ينفصلا بعد الالتحام بسبب الحركة والثالث ان [illegible]

شروط صحة الشق بدوامه

قريبا من المحل الداء واسعا بقدر الحاجة ليتم المقصود منه والرابع التحرز عن اصابة
ما يجاور محل الداء وعن اصابة الاوعية الغليظة والاعصاب والخامس كون
الشق بجر السلاح على العضو كهيئة النشر لا بالاتكاء على السلاح فقط
والسادس كونه بسرعة على حسب المحل والعملية والسابع ان لا يكون الشق
فى مرات بل فى مرة واحدة والثامن كون الشق لا اعوجاج فيه ولا ذنيبات
لا فى الابتداء ولا فى الانتهاء وان لا يكون فيه تقطع بسبب ازلاق يد الجراح فهذه
الشروط هى الضرورية فى عمليات الشق * وغاية الشق وفائدته استفراغ صديد

غاية الشق

او مواد سائلة مضرة او استيصال جسم غريب او اطلاق عضو مختنق او اظهار
داء مختف ونحو ذلك * والخراج الاعتيادى الناشئ عن التهاب حاد لا ينبغى
ان تدخل فيه بعد فتحه الاصابع لان ذلك ربما يقطع الاوعية والاعصاب الضامة
لجدرانه بل يكتفى بالمعالجة البسيطة فى ضم حوافى المجروح منه * والخراج

فتح الخراج البارد بالبط

البارد وهو الناشئ عن التهاب مزمن يخالف بقية انواع الخراج بكون التهابه
[illegible] صديده غير جيد وفيه قطع زلالية كبياض البيض ومعالجته
[illegible] ان المشرط فى الجهة التى تميل اليها المادة وبعد استفراغ
المادة منه ينبغى تهييج جدرانه بحقن المحل بالجواهر المهيجة ان كانت طبيعة
نسجه توافقها فذلك لان الالتهاب الذى يحدث عن الحقن يجمع جدرانه ويلصق
بعضها ببعض وينبغى ان يساعد ذلك بربط المحل ربطا غير قوى الشد * والخراج

الخراج العرضى

العرضى ويقال له الخراج التابع هو الذى يأتيه الصديد من محال بعيدة وقد
يحتاج لزيادة نمائه وهو يكون من تسوس الفقرات ومن امراض المفاصل
[illegible] هذا الخراج رمادى اللون منصب على مدمم يتتبع فى سيره مسافة طويلة
[illegible] فيه بالون ذا جم فهو يشغل جزأ كبيرا من البدن هو محل سيره
[illegible] وتأثير [illegible] فى هذا الخراج يحدث عوارض خطرة جدا
[illegible] بشرط ذى نصل رفيع فتحة صغيرة وبعد
[illegible] ثم تنضم شفتا الجرح وتثبتان بلزقة من الداخليون
[illegible] الاعلى [illegible] من تسوس الفقرات

الثانی فی الالتصاق الغیر الطبیعی

الثانی مما یحدث عن الالتهاب الالتصاق الغیر الطبیعی فقد یحدث عن الالتهاب اذا کان غیر حاد التصاق بعض اجزاء من البدن لم تکن ملتصقة فی اصلها الطبیعی وهذا الالتصاق قد یحصل فی الاسطحة المتجاورة او المتماسة کالتصاق سطح الامعاء الظاهر بسطح البریتون فی علة الفتق وکالتصاق الاصابع ببعضها او الشفتین او الخیاشیم وغیر ذلک وسبب هذا الالتصاق مادة زلالیة ترشح من الاسطحة الملتهبة فیتکون منها خیوط کثیرة مشیمیة * وکیفیة ازالة تلک الخیوط الملصقة

معالجة الالتصاق بالازالة

للاسطحة المذکورة ان کانت رخوة اسفنجیة بتبعید کل من السطحین الملتصقین والتفریق بینهما فتتمزق تلک الاخیطة او بان یدخل الاصبع السبابة فیما بین السطحین فتتمزق وهذه الطریقة تسمی طریقة التمزیق وهی نادرة فی عملیات الجراحة لانه ینشأ عنها تهیج شدید فی الانسجة الطبیعیة

الثالث التیبس

الثالث مما یحدث عن الالتهاب التیبس فان الالتهاب الحاد من خواصه ان یحدث عنه فی بعض الاحیان تیبس الانسجة وتصییرها ذات طبیعة واحدة شبیهة بنسیج الکبد والطحال ویمکن ان یستمر هذا التیبس حتی یصیر النسیج کبدی اللون وهو المسمی بالتکبد واذا طال هذا الالتهاب وتناقصت شدته وصار الجزء المصاب به ابیض مندمجا فالظاهر ان هناک خلطا لیمفاویا متجمدا نفذ فیما بین انسجته فاعطاه ذلک اللون الشحمی وللتیبس المذکور درجات مختلفة فمنها ما یمکن معه معرفة نسیج الاصلی للعضو ومنها ما یزیل هیئة العضو بالکلیة فلا یعرف معه نسیجه الاصلی *

معالجة التیبس

واذا زالت من الالتهاب المذکور الاعراض الظاهرة والموضعیة والسمباتویة وانتقل الی الحالة المزمنة الخفیة وجبت معالجته بالاستفراغات الدمویة الموضعیة ولتکن قلیلة وتتکرر کثیرا مع الوضعیات الملینة ومتی زال الالتهاب بالکلیة واخذ المحل فی اللین فلیستعمل الدلک بالادهان القلویة ای المضاف الیها القلی وبالضمادات المنثور علیها الصابون المشبور وما اشبه ذلک فان هذا کله مما یحلل التحلیل والمنفطات یمکن ان تنفع فی ذلک لکن لا ینبغی وضعها الا بعد زمن طویل واذا انبهت بوضعها تهیج المحل فلتترک ویتمسک بالادویة المضادة للالتهاب

ع الورم القطری

الرابع مما ینشأ الالتهاب الورم القطری ای الشبیه بالقطر والورم الجلدی والاول

مما

ايضا فيظهر غالبا فوق الاغشية المخاطية خصوصا الذى للحفر الانفية او للباعوم او للمهبل او المعاء المستقيم وهذا الورم مختلف فى الحجم والعدد وفى الصلابة واللين والثانى هو الاورام ذوات العنق التى تظهر فى الجلد وهى الثآليل وهذه متى امكن قطعها انقطعت اما بقص عنقها بالمقص او بربطه بخيط شمع او بخيط من حرير يلف على عنق الورم التفافا قويا فينقطع غذاء الورم ويضعف ثم يسقط والاول وهو القطع بالمقص اسرع والثانى اولى اذا كان الورم كبير الحجم لانه لا يسبب نزيفا فان لم يحصل من الربط نفع بسبب كونه رخوا ويغتذى الورم من وسط العنق فليشد الرباط ثانيا ثم يقوى ذلك الشد كلما ضمر العنق

الخامس الانسجة الغير الطبيعية

الخامس مما ينشأ عن الالتهاب انسجة غير طبيعية شبيهة بالطبيعية وغير شبيهة [illegible] ان التهاب اذا صار مزمنا اخرب التركيب فغير الانسجة ويفسدها ويحيلها الى هيئة لا يمكن [illegible] تارة تحيل الى اجزاء ليفية او غضروفية او عظمية او مخاطية شبيهة [illegible] وتارة تحيل الى مواد وانسجة جديدة غير شبيهة [illegible] وخصيصة بها كالاسكيروس والسرطان والانسجة السود [illegible] فالاسكيروس ورم يتكون من نسيج ليفى فيه بين اجزائه سيال مصلى ومادة لبانية لونها ابيض يميل للصفرة او اشهب ثم نسيجه الخلوى [illegible] وتفسد جوهره ويكتسب صفة النسيج السرطانى او النسيج الشبيه بالمخ فان [illegible] جزء من هذا الورم واكتسب لونا اسود قيل له الورم الاسود والحبرى [illegible] من مادة لبانية [illegible] ذلك ورما درنيا [illegible] بواسطة الالتهاب الذى نشأ عنه تكونها الاول [illegible] الى ان تعم كل العضو وتصير سببا جديدا قويا للتهيج ويتولد منها [illegible] وكثيرا ما يمتد ذلك الالتهاب بعيدا عن محله فيتسبب [illegible] الى الان لم تتضح لنا الحد الذى تنتهى اليه هذه الاستحالات التى [illegible] حتى يحصل الشفاء منها بالتحلل بدون عمليات الجراحة والذى [illegible] ان المعالجة الموضعية المضادة للالتهاب هى الاحسن وهى التى ينبغى [illegible] عليها ان كان فى المريض قوة ولم يعرف ان المرض ينتهى بالتقرح

او يمتد امتداد اخطر ايصيب به الاحشاء الرئيسة فقد شوهد ان انواع السرطان حصل الشفاء منها بالفصد وبالوضعيات الموضعية الملينة ومتى تفوتت هذه المعالجة بالمصرفات كالمنفطات والكي المفعولين بعيدا عن المحل ولم يحصل منها نفع وجبت المبادرة باستيصال الانسجة الجديدة بعملية الجراحة لكن لا ينبغي عملها اذا كانت حياة الانسان في خطر من التهيج السمباوي في الاحشاء الرئيسة

شروط عامة لعملية الاستئصال

واستئصال الاورام السرطانية وغيرها على طريق العملية المخصوصة يحتاج لجملة شروط الاول ان يكشف عنها الجلد بواسطة شق بسيط ان لم يكن لها حجم والا فاليشق عليها بالشق الصليبي او الثنائي او الفوى على حسب ما تقتضيه الجهة مع التحفظ على الجلد ما امكن الثاني ان يزال الورم مع الجزء الذي تغير او التصق بسطحه من الجلد والثالث ان يسلخ النسيج المتيبي المحيط بالورم مع التحفظ عن اصابة الاوعية والاعصاب والاوتار وجميع الاجزاء المهمة والرابع ان يبدل سلخ النسيج الخلوي بالتمزيق اذا كان النسيج المذكور ضعيفا او رخوا او الورم محدودا اي غير منتشر بان يدخل الاصبع ويدار به حوالي الورم والخامس ان يربط كل ما انقطع من الاوعية حين العملية والسادس ان يفتش المحل بعد استيصال الورم الاصلي فربما كان هنالك اورام تولدت او اجزاء بقيت من الورم الاصلي والسابع ان ينشف الجرح وبعد تمام ربط الاوعية وتجمع حوافي الجلد وتثبت بالارق اللزجة ثم يوضع عليه وسايد من نسالة مدهونة بمرهم حياليتو ثم من فوق ذلك الزوايد ويربط على الجميع برباط لايق بالمحل وهذه الشروط عامة ينبغي العمل بها في استيصال الاسكيروس والسلع والغدد والاورام المتكيسة وجميع ما يوجد من الاورام الفطرية العائرة في الاعضاء وتختص الاورام الفطرية بان يكوى محلها بالحديد بعد استيصالها لئلا تعود وسيأتي الكلام على كل واحد منها في محله

ادس الغنغرينا

السادس مما يحدث عن الالتهاب الغنغرينا فان الالتهاب اذا افرط فكثيرا ما يحدث عنه موت العضو ويسمى ذلك بالغنغرينا والاكلة ثم ان حصل في العضو المصاب بالغنغرينا يبس وغلظ سميت الغنغرينا يابسة وان كان فيه لين ومصل سميت الغنغرينا رطبة والجزء الميت على كلتا الحالتين يسمى خشكريشة

فان عمت الغنغرينا بجميع اجزاء العضو وحصل فيها موت سمى ذلك
سفاقلوس والسبب العام فى الغنغرينا شدة الالتهاب والسبب
المهيء لها هو ضعف الابدان لان الانسجة اذ ذاك قليلة القوى فلا تحمل
شدة الالتهاب من غير ان يخرب تركيبها فعلى هذا يكون تغير الدم فى الاسكوربوط
من اسبابها المهيئة والضغط على الانسجة الملتهبة واختناقها دائما سببان
لها اذا لم تسعف من الطبيعة او الصناعة ومن اسبابها ايضا البثرة الخبيثة والجمرة
بالجيم وسم الافاعى وغير ذلك اذا حصل منها التهاب شديد * ومعالجة الجراح
الغنغرينا تكون اما بتداركها قبل حصولها او بايقافها اذا تزيد ويستعمل
فى الاول ما ينقص شدة الالتهاب وفى الثانى ما يقاوم الاسباب الموضعية والعامة
المعينة على وقوع العضو فى الغنغرينا فى الدمل الجمارى والجمرة يشق كل منهما
شقا او شقوقا صليبية او يقطع عن الغنغرينا وفى الجمرة بالجيم والبثرة الخبيثة اللذان
كلاهما ورم التهابى صلب مشرق ذو لون احمر فى وسطه نقاطات ممتلئة من مصل
ابيض يميل للصفرة ويعقبه سريعا خشكريشة رمادية اللون او سوداء متسعة
الدائرة وتؤول الى امور رديئة خطرة جدا يستعمل لهما الكى بالمحاور فى وسط
الورم لاذهاب السبب المهيج ولاحداث التهاب اخر اسلم من الاول واذا كان
الشخص مصابا بالاسكوربوط واستعمل اغذية رديئة كالجاودار وهو نوع ردئ
من الحنطة فينبغى ان تغطى الجهة الملتهبة بالوضعيات التى تستدعيها شدة
الاعراض ويستعمل المريض اغذية جيدة ويتعاطى ادوية مناسبة فان كان
البدن ضعيفا والنبض صغيرا بطيئا والوجه اصفر مهزولا ولم يكن هناك التهاب
معدى معوى وجب ان يتعاطى الادوية المقوية من الداخل حتى تشتد فيه
[illegible] بخلاف ذلك فلا تناسبه هذه المعالجات وبالجملة فمتى
[illegible] الغنغرينا حاصلة من افراط الالتهاب الحاد فينبغى ايقافها بالادوية
المناسبة للالتهاب الموضعية والعامة الى اخر درجة من انتهائها فاذا مرت فى العضو
[illegible] دائرة التهابية حمراء تفصل بين الجزء الحى والجزء الغنغرينى فيسقط
[illegible] ويترك قرحة وردية اللون تؤول للالتحام واذا كانت الغنغرينا

معالجة هذه ا
بمقاومة اس

خفيفة فالجراح ان يترك معالجتها ويكل امرها الى الطبيعة غير انه يعاونها بالاغذية الجيدة ويتعهد الموضع بالتغيير عليه ويمنع الجزء الحى عن تشرب المواد العفنة بالتشريط لانه يسهل استفراغ الاخلاط ويرش على محل التشريط والمحل المتقرح المسحوقات الماصة كمسحوق الفحم او مسحوقات عطرية كقشر البلوط والكينا ويغسل المحل القريب من الجزء المتغنغر بالعرق الكافورى فانه يقوى القوة الدافعة للمواد الرديئة ثم تقطع القطع الغنغرينية من المحل بالمقص او تترك بالمدة الى قرب الانسجة الحية واذا امتدت الغنغرينا حتى عمت العضو كله وهذا هو السفاقلوس وجبت عملية القطع من فوق محل الغنغرينا ولا انفصل الا بعد ظهور الدائرة الحمراء التى تفصل بين الاجزاء الحية والميتة

الباب الرابع فى الجروح وما يلزم لشفائها من العمليات

قد فرق المعلمون بين الجروح والقروح فقالوا ان الجروح هى تفرق الاتصال الحاصل من تأثير الاجسام البادية الطبيعية او الحيوانية وتكون غالبا حادة تقطع مدتها بسرعة وتؤول بطبيعتها الى الشفاء والقروح بخلافها فهى التى تنشأ عن اسباب باطنة وتكون مزمنة تنقطع مدتها ... وتؤول بطبيعتها الى الخبث اولا اقل من ان تستمر باقية والمتقدمون ... ان هذا الاختلاف ليس له فائدة مهمة فى العملية لان الجراح اذا قدم الى انسان فيه جرح واراد معالجته لا يلتفت الا لهيئة تفرق الاتصال ومعالجته بالمعالجات الموضعية او العامة او بالعملية فنحن لا نعتبر هذا الفرق بل المعتبر عندنا تفرق الاتصال المتسبب عن اسباب متنوعة

واسباب الجروح ثلاثة الاول تأثير الافعال الخارجية كالضربات والسقطات والمزق والوخز وضرب السلاح القاطع والثانى تأثير الحرارة يدية فى نسيج البدن كالبوتاسة الكاوية والحوامض المحرقة ونحو ذلك والثالث التهابات القروحية كتنهور التهاب ينشأ عنه تقرح فى الانسجة التى حصل فيها ذلك الالتهاب ففى السبب الاول يحصل التفرق فى الحال وفى السبب الثانى ...

الجروح واسبابه

الا بعد سقوط الجزء الذى ازالته تلك الجواهر تطام تركيبه وفى السبب الثالث يحصل التفرق ويؤول الى الاتساع والجروح الحاصلة من الافعال البادية تكون من تأثير الالات القاطعة والواخزة والراضة ومن الشد العنيف فى اعضاء البدن فلذا انقسمت الجروح الى وخزية وقطعية ورضية ومزقية او كسرية وتفرق الاتصال فى اكثر احواله يكون ظاهرا وهو الذى ينفصل فيه الجلد مع انفصال الانسجة التى تحته وفى بعض الاحوال يكون بخلاف ذلك اى خفيا وهو الذى يبقى فيه الجلد سليما او يحصل تفرق الاتصال فيما تحته فقط كما فى الرض وهتك العضلات والاوتار وتفرق الاتصال فى الانسجة قد يكون بسيطا وقد يزول جزء من جوهرها بالسبب الذى حصل منه التفرق وهذا هو الذى احوج المعلمين الى تقسيم الجروح الى جروح بسيطة وجروح مع زوال بجوهر ثم ان انواع الجروح احد عشر

الأول الجروح الوخزية

وهى التى تحدث من الالات الواخزة كالسهام والرماح والابر والمسامير ونحو ذلك والوخز البسيط قد تحدث عنه عوارض خطرة كما اذا حصل شدخ فى العصب او تمزيق فى انسجة غيره من اجزاء البدن او خروج سيال من اوعيته واحتقانه فى المحل ومعالجة هذه الجروح اذا لم يصحبها الم شديد دال على آفة فى العصب ولا ورم دموى دال على جرح وعاء كبير ان يوضع عليها الرفادة من الداخل ومن فوقها رفائد مغموسة فى محلول الملح الرصاصى ويراح العضو المصاب وهذا كاف فى شفائه غالبا فان كانت غائرة فى البدن ويخشى منها ظهور الالتهاب فينبغى لها الاستفراغات الدموية الموضعية والعامة والوضعيات الملينة والحمية والمشروبات الملطفة وغير ذلك فان كانت فى عضو يحيط به وتر عريض وكان مع الالتهاب اختناق وجبت عملية اطلاق الاختناق لكن من حيث ان ذلك نادر جدا ينبغى الاكتفاء بالمعالجة العامة اولا ولا يلتفت الى هذه العملية العظيمة المؤلمة الا اذا حدثت اعراض التهابية تصير تلك العملية اضطرارية

الثاني الجروح القطعية

وهي الحاصلة في الاعضاء بواسطة الالات القاطعة على اى اتجاه كانت وهذه اول مايشاهد فيها تباعد شفتي الجرح وذلك لان الانسجة اذا انقطعت تقبل بطبعها الانكماش والاجود في معالجتها ان يستأصل منها الجسم الغريب ان كان ثم تربط الاوعية وينظف سطح الجرح وتضم شفتاه ثم توضع الجهة المصابة على هيئة تكون شفتا الجرح فيها قريبتين الى الانضمام ومعلوم ان الانسجة المتفرقة تكون مسترخية فينبغي امالة العضو المجروح الى الجهة التي فيها الجرح فاذا كان الجرح بالعرض في الجهة المقدمة من الفخذ مثلا مد الساق والفخذ ورفعا الى جهة الحوض وعكس هذه الهيئة ينفع اذا كان الجرح شاغلا للسطح الخلفي من الفخذ وبالجملة فالذي ينبغي دائما تقريب طرفي العضلة المقطوعة بالعرض ليتأتى الاسترخاء فانه ان لم ينضم فلا اقل من ان يحصل استرخاء يعين على الالتحام واذا كان الجرح بالطول فينبغي ان يكون العضو على هيئة تكون فيها زوايا الجرح متباعدة لتتقرب حوافيه الى بعضها كالجروح الطويلة في مقدم الفخذ فانه ينبغي فيها ان يثنى الساق على الفخذ من الخلف من غير شد زائد ليسهل التقريب والجروح التي بالوراب تعالج كالعريضة * ثم ان هيئة الوضع لا تكفي وحدها في ضم شفتي الجرح مع بعضهما بل لابد من وسايط اخرى اجودها الرباط الضام وهو في الجروح المستعرضة ان تجهز رفادتان طولهما بطول العضو وعرضهما بطول الجرح تقسم احداهما من احد طرفيها الى نصفها اشرطة بعدد ما فيها من القراريط وتشق الاخرى من وسطها شقوقا بعدد ما في الاولى من الاشرطة لتكون لها كالعرى ولفافتان اسطوانيتان وكيفية وضع الرباط الضام ان يبسط الجراح الرفادة ذات العرى اسفل الجرح ويجعل الطرف الذي فيه العرى جهة الجرح والطرف الثاني يلف عليه باللفافة لفا مستديرا ويثنى في كل لفة جزأ من طرف الرفادة حتى ينتهى هذا الطرف فيصعد باللف لفا حلزونيا الى قرب الجرح فيمسك المساعد اسطوانة اللفافة ويضع رفادة ذات الاشرطة

ط الضام للجروح المستعرضة

على اعلى الجرح جاعلا الاشرطتها جهة الجرح ويفعل فى طرفها الثانى ما فعله بطرف الرفادة الاولى حتى يقرب من الجرح فيعطى اسطوانة اللفافة للمساعد ثم ينفذ الجراح الاشرطة فى العرى ويشد اطراف كل من الاشرطة والعرى شدا متضافا بان يكون الشد فى كل الى خلاف جهة امتداده حتى تنضم شفتا الجرح ثم يلف بقية اللفافة العليا لفا حلزونيا نازلا به على الرفادة العليا وبقية السفلى يثبت بها طرف الرفادة السفلى فيصير العضو كله مغطى غطاء محكما وهذا الربط كما ينفع فى ضم شفتى الجرح الى بعضهما ينفع فى حفظ العضلات عن الانقباض بسبب الكبس عليها باللف وينبغى فى هذا الربط ليكون جيدا ان يكون الشد فيه على نسق واحد فى جميع الجهات وان لا يحصل منه تألم وينبغى لاجل ان يمنع الاحتقان الذى تحصل منه الاوذيما فى الجهة السفلى من العضو ان تلف لفافة لفا دريجيا ليس بالشديد ولا بالرخو يبتدى به من الاصابع الى اسفل الرباط الضام سواء كان ذلك فى اليد او فى الرجل * واما ربط الجرح المستطيل بالرباط الضام فبأن تؤخذ قطعة من قماش عرضها اوسع من طرف الجرح بقليل وطولها يكفى لان يلف على العضو المجروح ثلاث لفات او اربعا وتلف لفا اسطوانيا ويقسم طرفها الخارج الى اشرطة طول كل واحد منها من ستة قراريط الى اثنى عشر قيراطا ثم يشق من الجهة العليا بعد الاشرطة بمسافة قصيرة او كبيرة على حسب العضو شقوقا بالطول على موازاة الاشرطة لتكون لها كالعرى وكيفية الربط ان يوضع فى طول الجرح من الجانبين رفادتان دريجيتان سميكتان بعيدتان عن بعضهما ببعض قراريط ويمسكهما المساعدان اللذان يقربان شفتى الجرح ثم توضع من اللفافة المسافة التى بين الاشرطة والعرى اسفل الرفادتين فى الجهة المقابلة للجرح وعندما تصل الاشرطة الى امام الجرح تنفذ فى العرى ثم يشد كل من اطراف الاشرطة والاسطوانة شدا متضافا فيحصل بذلك انضمام شفتى الجرح انضماما تاما ثم يلف على الجهاز كله من بقية اللفافة ثلاث لفات او اربعا حلقية لتفيده الوثوق اللازم له * واما ضم شفتى الجرح بالعصابات اللزجة فلا ينفع الا فى الجروح السطحية والتى حوافيها رقيقة وتستعمل فى جروح الوجه لكون

الرباط الضام الطولية

العصابات ا

انقباض عضلاته ضعيفا وفي الحال التي لا يتأتى فيها الربط الضام وهذه العصابات تؤخذ من جواهر من طبيعتها ان تلتصق بالجلد التصاقا محكما وتمد على خرق من كتان او حرير منسوجة نسجا منسدمجا وتجعل اشرطة طويلة وقصيرة واسعة اوضيقة على حسب عسر انضمام الجرح وسهولته وقبل وضعها تسخن قليلا ثم يلصق اولا نصفها على احد جانبي الجرح ويحفظ ما يقرب الجرح بالاصابع الاربع من اليد اليسرى وتقرب الشفة المقابلة بالابهام حتى تمس الشفة الثانية فيوضع حالا نصفها الثاني وعلى حسب طول الجرح تكون كثرة العصابات وقلتها ولتكن كلها على هيئة واحدة وينبغي ان يترك بين العصابات فرجا تسيل منها المادة وكثرة العصابات على الجرح نافعة في ان بعضها ينوب عن ما زال منها عن محله في ابقاء انضمام شفتي الجرح * واما خياطة الجروح فكانت القدما تستعملها كثيرا والمحدثون من الجراحين تركوها الا في بعض جروح مخصوصة كجروح الخد والشفة والمجرى المعوى وكجدران البطن وغير ذلك وتستعمل ايضا في جروح البدن من اى جهة كانت اذ المراد منها تثبيت حوافي الجرح القابلة للزوغان عن محلها او يخشى اتساعها والخياطة المناسبة هنا هي الخياطة المتفرقة وتكون بابر هلالية وفيها تفرطح وسنها محدد الجوانب والطرف المقابل للسن مثقوب لينفذ فيه خيط مشمع وتمسك فيما بين الابهام والسبابة والوسطى فالابهام في مقعرها والسبابة والوسطى على محدبها وتدخل من الخارج الى الداخل في احدى شفتي الجرح وتخرج منها ثم تنفذ في الشفة الثانية من الداخل الى الخارج ومحل دخول الابرة يكون متباعدا عن الحافة على حسب غور الجرح وبعد شفتيه عن بعضهما وبعد كل جملة من الغرز يقرب المساعد حوافي الجرح ويعقد الجراح الخيط عقدة وشنيطة وليحرص على كون الخيط املس وليحذر عن شدة انضمام شفتي الجرح لان الانتفاخ الذى لا بد منه ربما زاحم الخيط فيحدث الم شديد وربما تفتقت الخياطة فيكفى ملامسة الطرفين قليلا وينبغي ان يضاف للخياطة الرباط الضام ليمنع تأثير الخيط في الجلد وان يوضع العضو وضعا لا يقاوفي نحو اليوم الثامن او العاشر اذا تم انضمام الجرح تقطع الخيوط من قرب مغرزها في الجلد بمقص

خياطة الجروح

او مشرط بواسطة الموصل وتخرج مع الاحتراس على الجلد ما امكن بضغط شفتى الجرح اياما بالعصابات اللازمة قبل اخراج الخيط وليتنبه الجراح لعوارض الخياطة فاذا حصل ورم عظيم توترت منه الخيوط قطعت والاجزاء المنفصلة من الاعضاء ولو اتسعت مهما اتسعت وكانت معلقة بقطعة صغيرة فينبغى ان ترد الى محلها بل زعم بعضهم ان بعض اجزاء من البدن كالانف والاذن واطراف الاصابع اذا انفصلت بالكلية يمكن التصاقها وعندنا شك فى ذلك لان الحافتين المراد التصاقهما لابد وان تكون فيهما حياة بها يمكن التهابهما حتى يلتصقا والجزء المنفصل ميت بسبب الانفصال التام فلا يمكن فيه الالتهاب ومع ذلك فلا باس بتجربته اذ لا يخشى منه ضرر بشرط ان يزال الجزء المنفصل بعد اليوم الثالث اذا برد او اسود لونه لانه بذلك يظهر فساده * واعلم انه اذا تلامس شفتا جرح طرى حصل فيهما التهاب وعلاهما غشاء كاذب شبيه بالذى تراه على الاغشية المصلية ثم يصير نسيجا خلويا مندمجا يقرب من الغشاء الليفى وهذا هو الذى يكون به الالتحام فينبغى للجراح ان يثبت الالتهاب فى الجروح بالمقدار المناسب اذ لا بد له منه لانه ان اشتد لا يوجب الالتحام بل ينتهى بالتقيح وذلك يمنع الالتحام ولخوف حدوث ذلك يؤمر المريض بالراحة والحمية وبشرب المشروبات الملينة وان كان فيه امتلاء فصد بحسب الحاجة فان حدث بعد ذلك ورم التهابى فليوضع العلق على حوافى الجرح وبه يسكن هذا التهيج فان لم تنفع هذه الاشياء وذلك نادر فليترك الجرح وطبيعته لينضم من ذاته وينبغى تجربة الانضمام وان علمت استحالته فتقرب حافتا الجرح لتختصر المعالجة فان تمت والا عولج بغير ذلك وقد لا تنبغى تجربته كما اذا شك فى وجود جسم غريب فى الجرح فيعالج بغير الانضمام

كيفية انضمام بدون واسطة

الثالث الجروح التى معها زوال جوهر او الغير المنضمة

الثالث الجروح معها زوال جو

فاذا هيج سطح جرح طرى من تعرضه للهواء ومن وضع بعض الاجسام المستعملة فى المعالجة ظهر فيه التهاب زائد وحصل فى حوافى الجرح تألم وانتفاخ وفى الاوعية والانسجة توارد دم تحتقن منه فيصير السطح احمر جافا او اسمر ويحدث الم شديد

وفي اليوم الثاني تشتد هذه الاعراض وتصحبها حمى تكون شدتها على حسب سعة موضع الالتهاب وحدته وهذه الحمى تسمى بالحمى الجرحية ولا تمكث في الغالب اكثر من اربع وعشرين ساعة ثم تأخذ هذه الاعراض في التناقص ويسيل من الجرح مصل مدمم ينفذ في الجهاز الذي يكون على الجرح وهذا المصل يتجمد شيأ فشيأ حتى يصير قيحا وانسجة الجرح في هذا الوقت تفقد صفتها الاصلية فتتغير كيفية العضلات وتمتص هلامية الاوتار والغضاريف ونحوهما وتنمحق تلك الصفة ثم يتولد على سطح الجرح حبات حمراء صهباء خلوية وعائية مخروطية الشكل تسمى ازرار لحمية يسيل منها اولا صديد مدمم ثم يصير اصفر ثخينا ثم تجف هذه الحبات وتغور دوائرها في الجلد فيضيق الجرح شيأ فشيأ وتكون من ذلك نسيج الالتحام ثم يعلو سطحه كله جلدة رقيقة حمراء تستر الالتحام الحاصل تحتها وهذه الاحوال تتعاقب بسرعة في الاجزاء الخلوية واللحمية وتتراخى في الاوتار والغضاريف والعظام التي هي كثيرا ما تقع اجزاؤها المتعرية عن السمحاق في الغنغرينا وتسقط بسقوط الخشكريشة فقد علمت من هذا ان تكوّن الالتحام يسبقه دائما انخفاض حواف الجرح وامتدادهما لجهة مركزه وهذا هو الذي احوج المعلمين لان يعتقدوا مدة طويلة ان اللحم والجلد يتجددان فهذه هي الاحوال التي تحصل في ادوار الجروح التي زال معها بعض الاجزاء ومن حيث ان الالتهاب هو الرئيس من هذه الاعراض فالذي يطلب من الجراح تسكين شدة الالتهاب لتقل مدة المرض ويستعمل المعالجات اللطيفة البسيطة التي تكون بالنسالة الرفيعة النظيفة وليكن الربط معتدلا لئلا يصير الانتفاخ الذي لا بد من حصوله محبوسا عن الامتداد وليكن التغيير على الجرح متراخيا لا كثير التكرار حذرا من زيادة التهيج وينبغي في كل الجروح حفظ جوانبها بالعصابات اللزجة ليتدارك التمزق المتسبب عن التصاق النسالة بالحوافي واذا اشتد الالتهاب وجب تخفيفه بالملينات والحمية وكل ما ينفع في الالتهاب وهذه المعالجات العامة مع معالجة الجروح المعتادة يحصل منها في الغالب نجاح في شفائها في زمن قليل ولو كانت واسعة مهما كانت

موانع الالتحام‌ا
الاول الالتهاب
الثانى تهيج الا
الثالث الانتقال
الرابع التزيف
الخامس الاندمال
السادس رقة حوافى الج
السابع نمو الازرار بسرعة

ولمنع التحام الجروح اسباب كثيرة منها الالتهاب الذى يكون فى اسطحة الجروح اذا دام او اشتد حتى افسد الجهة التى هو فيها او غير طبيعتها * ومنها تهيج الاحشاء سيما الات الهضم فانها تؤثر فى الجروح على سبيل السمپاتيا تأثيرا رديئا وعلى الجراح ان يتنبه لذلك اذ كثيرا ما يحصل بتسكين تهيج معدى خفيف نفع زائد فى نجاح الجرح والتحامه * ومنها الانتقال فقد يزول الالتهاب الذى يكون فى الجرح وينتقل سريعا بشدة للرئة او البليورا او لغيرهما ويقال لذلك انتقال الالتهاب فيحتاج الى مقاومة الالتهاب الحاد بالفصد العام والموضعى وفى وقت مقاومة ذلك الالتهاب يغطى سطح الجرح بجواهر مهيجة لتجذب اليه الالتهاب الذى كان فيه وانتقل الى غيره ويسمى ذلك تصريف الالتهاب واغلب ما يستعمل فيه لزقة نفطة يغطى بها سطح الجلد وهذا الانتقال يتسبب غالبا عن عدم تدبير المأكولات وعن تأثير البرد فى الجرح المكشوف مجازفة وعن الغضب والغم ونحو ذلك * ومنها التزيف الشعرى فقد يتسبب عن تهيج الجرح ورشح دموى من الاوعية الشعرية ومن الازرار اللحمية وذلك يحصل فى الغالب من القسوة فى المعالجة فيحصل تهيج فى الجرح ويداوى بالجواهر الملينة وبمعالجة الجروح على الترتيب المألوف وقد يصدر هذا الرشح فى بعض الاشخاص عن استعداد خاص يؤول للتزيف فينبغى تغيير التهيج الحاصل فى الجرح باستعمال الجواهر القابضة فان استمر التزيف مع ذلك فلتوضع الجواهر الكاوية على سطح الجرح * ومنها اندمال او يبس حوافى الجرح وينشأ من التهاب مزمن فان كان جديدا كفى فى تحليله الضمادات الملينة وان طالت مدته ولم تؤثر فيه هذه المعالجة تأثيرا نافعا ضغط على حوافى الجرح بالعصابات اللزجة او قطعت بالالات القاطعة (ومنها رقة حوافى الجرح فاذا استمر تقيح الجرح مدة طويلة كانت الجلدة الدائرة عليه رقيقة وضعفت فيها القوة الحيوية ولم تنضم على ما تحتها فلا يتم الالتحام وينتقل الجرح حينئذ الى حالة مزمنة فينبغى عصب حوافيه بالعصايب اللزجة فان لم ينفع اضيف اليها حقن المحل بالمهيجات فان لم ينفع وجب قطعها بالمقص المنحنى على جانبه او المشرط * ومنها نمو الازرار اللحمية سريعا فتعلو على سطح الجلد وتستمر على

حالتها الا تستحيل الى الالتحام فينبغي لمنع ذلك شد الجهاز شدا معتدلا لتضغط تحت الرباط فان لم يكف ذلك ذر عليها مسحوق الشب المحروق واحسن من ذلك ان تكوى بالحجر الجهنمي بان يمس به برفق سطح الازرار المذكورة فتتولد منه خشكريشة رقيقة رمادية اللون تنفصل بعد اربع وعشرين ساعة ويكرر الكي بحسب الحاجة ❋ ومنها الغنغرينا المارستانية وهي من العوارض الخطرة جدا في الجروح وتحصل غالبا في الزمن البارد الرطب للجرحى المتراكمين بكثرة في القاعات الارضية الرطبة التي يقل فيها تموج الهواء وتحصل ايضا من المعالجة بالاشياء الغير النظيفة او بالجواهر القديمة المخزونة مدة طويلة وتحصل ايضا على سبيل العدوى من الالات المستعملة في الجروح المصابة بالغنغرينا واذا عرضت في جرح حصل فيه الم شديد والتهبت حوافيه وانتفخت وتقرحت وصار صديده لزجا يخالطه ندف زلالية كبياض البيض وتكون الازرار اللحمية فيه رمادية اللون ثم تذوب والنسيج الخلوي والجلد المجاور ان له يفعان سريعا في الغنغرينا والجرح يتسع عرضا وعمقا والعضلات والغدد والاوعية الليمفاوية وغيرها تستحيل على التعاقب الى الغنغرينا ويحصل على سبيل التسمم التهاب معدى معوى شديد جدا وتتناقص قوة المريض وكثيرا ما يهلك ويكفي في العدوى منها وانتشارها اتصاعدا بخرتها او ملامسة الجواهر المتشربة من صديد الجروح المصابة بها ويتدارك هذا الالتهاب المرهب قبل حصوله بتبعيد الاسباب المذكورة ويقاومته بعد حصوله فينظر لحال المصاب به فان كان التهاب الجرح شديدا ومؤلما جدا او الحمى في غاية الشدة عولج بالفصد الموضعي وبالملينات وان لم ينجح عولج الجرح بالكينكينا او بمسحوق الفحم او الكلور او الكي بالحديد المحماة ويؤمر للمريض من الداخل بالمشروبات الملينة وبالحمية الشديدة ان كان هناك التهاب معدى معوى شديد فان كانت الاعراض خفيفة كان تدبير المريض بحسبها الكن يستعمل فيه ما كان جيدا من الجواهر وينبغي ان يستعمل فيها ما يرشد اليه علم قانون الصحة وهو تباعد الجرحى عن بعضهم ووضعهم في اماكن جيدة الهواء نظيفة مبخرة بالكلور وذلك يكفي في ازالة هذا الداء وعدم انتشاره وامتداده

الثامن الغنغرينا المارستانية

ومنها

التاسع سرطانية ا

* ومنها الاستحالة السرطانية فان بعض الجروح قد يلتهب ويتسع ويستحيل الى السرطانية وينشأ ذلك عن التهيج الناشئ عن المعالجة الخشنة للجروح وعن تكرار وضع الجواهر المنبهة واغلب ما يصاب بذلك الوجه والشفة وما كثرت فيه الاعصاب والاوعية وقد يكون السبب خفيفا كبثرة صغيرة يعبث بها صاحبها فتتهيج وينشأ منها جرح سرطاني متسع جدا وسرطانية الجروح تشبه الغنغرينا المارستانية وتبتدئ بتزايد الحس الموضعي واشتداد الالتهاب في سطح الجرح وحوافيه ثم ترتفع الجروح وتحمر وتتصلب وتؤلم ويذوب اللحم الملتهب ويتسع الجرح شيأ فشيأ ويحس فيه بالم حاد ناخس وتتصلب الانسجة المصابة وتكتسب هيئة شحمية وتتكون الى نسيج ذي طبيعة واحدة ويكفي لمنع هذا الداء عن الجروح ان تعالج معالجة لطيفة وتغطى بجواهر ملينة فان تركت المعالجة حتى ظهر السرطان عولج بوضع الملينات والفصد الموضعي وما يقاوم به الالتهاب حتى يرجع الجرح الى حالته الاصلية الطبيعية فان لم ينفع ذلك اولم يكف فينبغي قطع الانسجة المصابة اوكيها بالحديد المحمى اوبالجواهر الكاوية مرة او اكثر حتى تستحيل الى خشكريشة واجود الجواهر الكاوية المستعملة فيها ذرالمرهم الرهجي الذي اخترعه الحكيم روسلو وهو مركب من مائة جزء سبعين من الزنجفر واثنين وعشرين من دم الاخوين وثمانية من الرهج الابيض يسحق كل على انفراده ثم تجمع وتحل بقليل من الماء حتى تمرهم ويصير قوامها كالعجين اللين ثم يمد منه على الجرح طبقة رقيقة جدا سمكها نصف خط من قيراط وتثبت برباط لايق فتيبس على الجرح وتصير كقشرة صلبة تسقط من اليوم العاشر الى العشرين فيرى تحتها تفرق الاتصال جيد الصفات وينبغي الاحتراس الزائد في استعمال هذا الدواء خصوصا في الجروح ذوات السطح الكبير فقد شوهد ان الرهج تشربه الجرح وحدثت عنه اعراض سمية في البدن وربما حدث عنه الموت ومعالجة الجروح بعد سقوط الخشكريشة الناشئة عن هذا الكاوي تحتاج الى الاحتراس الكلي عن كل ما يحدث الالتهاب لئلا يرجع المرض فان العوارض الخطرة انما تحصل من تزايد شدة الالتهاب بل اذا لم تزد شدته ولم تحصل منه

العاشر ضعف الجروح

عوارض خطرة فلا اقل من ان يمنع التحام الجرح ويضعف تأهله للشفاء * ومنها ضعف الجروح وقد علمت فيما سبق قريبا ان الجرح لابد له من نسيج يتكون منه النسيج الحادث الذي يكون به الالتحام والجروح الخالية من هذا النسيج تكون مصفرة قليلة الحس باردة الملمس تضعف فيها افعال القوة الحيوية واصحاب الامزجة اللينفاوية الضعاف المصابون بداء الخنازير تظهر فيهم هذه الجروح كثيرا فينبغي لهم استعمال الوسائط الصحية والدوائية المقوية لبنيتهم ويعالج الجرح بجواهر منبهة ومقوية كمطبوخ الكينكينا والنبيذ وروح النبيذ وتكون المعالجة ايضا بالقطن او الصوف فانهما منبهان للجروح * ومنها الدوالي وهي انساع العروق واكثر وجودها في الساق فيمنع التحام الجروح وجود الدوالي في الاوردة المجاورة لها وعلاج ذلك ان يؤمر المريض بوضع العضو المصاب وضعا افقيا وان يضغط على الاوعية المتسعة بالرباط ويغسل الجرح بالاشياء القابضة وذلك كاف في الالتحام او تأهل الجرح للشفاء

الحادي عشر الدوالي

الرابع الجروح الرضية

وهي المصحوبة بهرس وتمزق واتلاف تركيب في الانسجة التي تتكون منها سطوحها وهذه لا تنضم سريعا فينبغي ان تنتظر حتى تلتصق جدرانها بعد ان يزيل تقيحها الاوعية والانسجة التي انهرست حين الرض والجروح الحاصلة من الاسلحة النارية التي هي في اعلى درجات الرض يتكون في بعض اجزاء منها خشكريشة صادقة ممتدة على جميع تفرق الاتصال ولا تنفصل الا بعد مدة من الزمن فاذا كانت الاسباب التي نشأت عنها هذه الجروح شديدة كان في الاجزاء المرضوضة التهاب شديد زائد عما يحصل في الجروح البسيطة الحاصلة من الالات القاطعة ولذا تحتاج الى مداواة مخصوصة وذلك انه بعد اخراج الاجسام الغريبة من الجرح ينبغي تقريب حوافيه بقدر الامكان ويعالج سطحه بجواهر ملطفة ويوضع العضو على استرخائه ويغطى بخرقة مغموسة في سيال ملين او مخدر كطبوخ الخبازي او رؤس الخشخاش او ماء الخطمية مع بعض قمحات من الافيون محلولة

فيه ويبل الجرح بهما من غير فتور فبذلك يزول الالتهاب فان لم يزل عولج بالفصد الموضعي ايضا فاذا حصل التقيح امكن التحام الجهات القابلة له وحينئذ فالازرار اللحمية يرى تلاصق بعضها ببعض فتلتصق الحوافي ويقرب زمن الشفاء

الخامس الاسلحة ا

الخامس جروح الاسلحة النارية

وهي في اعلى درجات الرض لانها ناشئة عن تأثير الاجسام المنقذفة بواسطة البارود ولذا كانت مخالفة لبقية انواع الجروح في ان مساحتها تكون بخشكريشة مسمرة اللون جافة والجهات المجاورة لها كدمية اللون من احتباس الدم فيها تحت الجلد ثم ان الاجسام الخارجة من تلك الاسلحة يختلف حجمها فمنها صغير كرصاص البندق والطبنجات ونحردة الحديد والرصاص والنحاس التي توضع في المدافع ومنها كبير ككلل المدافع وقطع البنبة المتمزقة وعلى حسب اختلافها تختلف جروحها فتارة يكون الرض كثيرا او قليلا اذا لامست الجسم عند انتهاء سيرها وتارة يكون معه جرح قليل الاتساع او كثيره على حسب جرم الجسم المصيب فبولة المدفع اذا اصابت الوسط من البدن في ابتداء سيرها او اثنائه حصل منها موت سريع فان اصابت عضوا وهو على الاستقامة انفصل بالكلية في الحال عن الجسم وحصل من ذلك جرح متسع وتمزق شديد ورض مفرط وانواع الجروح الحاصلة من هذه الاسلحة يختلف شكلها فتارة يكون لها فتحة واحدة وتارة فتحتان ويختلف تباعدهما وتقابلهما قلة وكثرة ويختلف سير الجسم الخارج من الاسلحة ونفوذه في اعضاء البدن من انحراف خط سيره ومن المقاومة التي يكابدها من العضلات والاوتار والاوتار العريضة والعظام التي تصيبها * والرصاصة اذا لاقت عظما فتتته او تفرطحت اذا كانت قوتها اضعف من صلابة العظم المصاب وقد تتغير طريقة سيرها في الجسم فتخرج من جهة بعيدة عن محل دخولها وقد تختفي في اللحم وقد تكسر العظم وتخرج او تبقى مختفية في جوهره او بين عظمين كعظمي الساعد وعظمي الساق وعظام المشط ونحو ذلك وقد تنفذ الرصاصة من العظم ولا تكسره وذلك يكون في العظام المفرطحة او الهشة *

وسعة جروح الاسلحة النارية تكون على حسب الاجسام الناشئة هي عنها ومحل دخولها في الجسم اضيق واخفض واكثر رضا من محل خروجها وذلك لان للانسجة في حال دخول الاجسام فيها شدة قوة بها تقاومها اكثر منها في حال خروجها ثم ان جروح هذه الاسلحة وان كانت كلها خطرة الا ان منها ما يحصل منه عوارض مهلكة اما حال الجرح او بعد مدة قليلة ومنها ما لا يحصل منه ذلك

* واعلم ان المتقدمين كانوا متمسكين بثلاثة امور تختص بجروح الاسلحة النارية وهم مخطئون فيها الاول كانوا يظنون ان الميت في ميدان الحرب وليس في بدنه اثر آفة ظاهرة يكون سبب موته اما ان جلة المدفع مرت بقربه فمنعته التنفس فمات او ان الهواء المتحرك حركة شديدة من شدة مرور الجلة صار كجسم راض اذا اصاب جسم شخص مات من ذلك والثاني ان اسوداد الخشكريشة في جروح هذه الاسلحة حاصل اما من حرارة التهاب الجلل بواسطة البارود واما من حرارة الهواء المصادم لها والثالث ان الاجسام الجارحة فيها جزء سمي يحدث عنه الموت او اعراض خطرة والعارفون بعلم الطبيعة المتأملون فيها قرروا هذه الغلطات وقالوا ان الاول يحصل اما من رضة شديدة لم يظهر لها اثر في البدن اما ... اضطراب قوي في الاعضاء الباطنة وان الثاني يحصل من تأثير الهواء في الانسجة عقب جرح الاجسام النارية لها مع بعا واز التهاب حيويتها والثالث يحصل من هيئة الاجسام الجارحة وطبيعة الاعضاء المصابة او من استعداد خبيث كان في المصاب ثم ان تأثير الاسلحة النارية ليس متصورا على الجرح فقط بل قد يحدث عنه اتلاف فيما يجاور العضو المصاب او في الجسم كله وهذا الاتلاف ليس من الجرح بل من شدة حركة تلك الاجسام ومقاومة الانسجة لها عند المصادمة او من كثرة الحس فيها او من وظائف الاعضاء المصابة واعلم ان قوة الجسم المدفوع بالبارود من نحو مدفع تكون على حسب جرمه وسرعته وبقدر ما في المحل المصاب من المقاومة يكون تأثير الاجسام النارية فيه شدة وضعفا فالعظام والغضاريف والاوتار والرباطات والاوتار العريضة فيها مقاومة للاجسام النارية اكثر من بقية الاعضاء ولذا يحصل لها من ذلك اضطراب شديد

واختلال

واختلال انتظام فى التركيب وخطر الجرح يكون على حسب اهمية الاعضاء المصابة للحياة فاذة العضل اقل خطرا من آفة العصب والاوعية واشد الآفات خطرا رض الاعضاء المهمة المنحصرة فى التجاويف الثلاثة العظيمة فانه يخشى عليها التلاف بانيتها غيران خطرها يختلف بحسب اتساع الجرح والاعراض المصحوبة به

عوارض جروح الا النارية

والعوارض التى تزيد فى احوال جروح الاسلحة النارية تختلف اوقات حصولها فنها ما يحصل وقت الجرح وهو الاضطراب والخدر وحصول الاجسام الغريبة فيه ومنها ما يظهر بعد زمن قليل وهو الالم وتشنج العضل والالتهاب * فاما

الاضطراب

الاضطراب فهو حركة ارتجاجية سريعة تحصل وقت المصادمة وتسرى فى العظم والاجزاء اللينة وينشأ عنها برد واصفرار وعدم حس فى الجهة المجروحة

الخدر

* واما الخدر فهو قلة الحس والحركة ويكون فى العضو المصاب او فى البدن كله بسبب مشاركة المخ والعصب فالخدر الموضعى يظهر بعدم الحس والاصفرار والبرودة فى الجهة المجروحة والعام يظهر بالغشى وذهاب لون الوجه واسترخاء البدن وشخوص العين وصغر النبض وتزول هذه الاعراض شيأ فشيأ فى نحو اربع وعشرين ساعة او ست وثلاثين اذا لم يصل الاضطراب الشديد الى باطن المخ وازالة هذه الاعراض تكون باسترداد حيوية الانسجة بالدلك مع استعمال

وجود الاجسام الغر

المقويات كالعرق المكوفر وغيره ثم تستعمل الاشياء الملطفة * واما الاجسام الغريبة التى توجد فى الجروح فعلى انواع فنها ما يكون حصل منه الجرح كالرصاص والخردة من الحديد وغيره ومنها ما يدخل مع ما ذكر كقطع من خرق تكون ادخلت مع تلك الاجسام فى الاسلحة او قطع من ملابس المجروح او ازراره او دراهم كانت فى جيبه او غير ذلك ومنها ما هو من نفس العضو كقطع من عظامه او دم تجمد ومحل توهم وجود الجسم الغريب فى الجرح اذا لم يكن له الا فتحة واحدة وينبغى غاية التنبه لذلك فربما لم يكن فيه شئ فقد يكون قميص المجروح دخل مع الجسم الجارح فى فتحة الجرح من غير ان يتمزق ويدخل منه شئ الى اقصى الجرح وقد يكون خرج مع الجسم ولم يتنبه له الجراح وقد يخرج الجسم ايضا

من انقباض العضلات اومن تغير المجروح الى حالة يمكن سقوط الجسم معها ووجود فتحتين للجرح لا يفيد خلوه عن اجسام غريبة فربما دخل رصاصتان في الجسم من محل واحد وخرجت احداهما وبقيت الاخرى او واحدة دخل معها جسم غريب وخرجت بدونه واعلم ان التفتيش في الجروح على الاجسام الغريبة كقطع عظام مكسرة اوقطع من الثياب اوغير ذلك من الامور المهمة التي ينبغي تنبه الجراح لها واسراعه في اخراجها

ما يحصل من بقاء الاجسام الغريبة في البدن

* وبقاء هذه الاجسام في الجرح ينشأ عنه سريعا التهاب فيما حوله فان كان الالتهاب ضعيفا تكوّن منه كيس خلوى ليفى ينحصر فيه الجسم الغريب وربما مكث سنين كثيرة في الجهة ويتغير او يزول شيأ فشيأ وان كان الالتهاب شديدا انشأ عنه افراز صديد وتكوّن خراج يكون سببا لاخراج الجسم الغريب

شروط عامة للاستخراج

ثم اذا اريد استخراج جسم من الجرح ينبغى اولا التفتيش عليه وتحقق موضعه ثم يدخل ملقاط طويل اوقصير لا يفتح الا عند ملامسة الجسم اوملعقة على حسب الجرح تدخل في طوله الى ان يصل مقعرها تحت الجسم فيغرف به ويخرج اوتستعمل الالة المخرجة للرصاص المسماة بالساحبة المحنية وهذه الالة تنفع كثيرا اذا كانت الرصاصة مختفية في جوهر العظم اومنشبثة به وقد يحتاج الى توسيع الشق ليسهل اخراج الجسم اوسيلان الصديد منه واذا كانت الرصاصة بارزة تحت الجلد او وصلت لمحل اخر بعيد عن محل دخولها او قريب من الجلد فالشق عليها من ذلك اولى من سلها من محل دخولها ثم يعالج الجرح بالطف طريق وينبغى ان يكون الجراح في جميع ذلك مستعدا لما يقاوم به شدة الالتهاب

الالم

* واعلم ان الالم الحاصل من جروح الاسلحة النارية يكون ضعيفا اذا كانت الرصاصة ملساء مستديرة ولم يحصل منها الا تفرق في اجزاء رخوة قليلة و يكون شديدا اذا كان الجسم الجارح غير متساو وذا زوايا كقطع البنبة المتفجرة وقطع الخردة وكثيرا ما تحدث الحركات التشنجية من وجود جسم غريب ينخس اللحم ويعالج ذلك باخراج الجسم ثم يسكن التهيج بما يناسبه

التيتنوس

* ومن العوارض التي تزيد في احوال جروح الاسلحة النارية التيتنوس اى التشنج الدائم وينشأ من تهيج

عصبي

عصبي يؤثر في العضلات الظاهرة وتختلف تسميته على حسب جهات الجسم التي اصابها فان كان انحناء الجسم الى جهة الامام سمي امبروتيتنوس اى تشنج الى الامام وان كان الى جهة الخلف سمي اوفي تيتنوس اى تشنج الى الخلف وان كان الى احد الجانبين سمي پليوروتيتنوس اى تشنج الجنب واذا انطبق الفكان على بعضهما انطباقا تشنجيا سمي تريزيوس اى الكزاز والتيتنوس يكثر في البلاد الحارة وفي اصحاب الامزجة العصبية وينشأ عن كل مهيج ولاسيما عدم تدبير المأكل والمعالجة الرديئة للجروح وعلاجه بتعاطي الافيون وبالفصد الوافر والاستحمام بالماء الفاتر وجميع ما كان من هذا القبيل * ومما يزيد في احوال جروح الاسلحة النارية الالتهاب ويعالج بالطرق المذكورة في بابه الالتهاب

السادس الجروح المرقية

وهي التي تحصل بانفصال بعض الاعضاء عن البدن وتكون في المفاصل غالبا وسيما بجذب عنيف لعضو من الاعضاء طولا كما سمع في نوادر الجراحة ان صغيرا وضع ساقه فيما بين براسق عجلة عربانة وهي سايرة فانمزق ساقه وكذا طحان وقع في ذراعه ذلك من حركة عجلة الطاحون وهذه الجروح لا تستلزم عوارض خطرة ولا يصحبها في الغالب نزف لعدم فتح الشريان الممزوق سواء كان حجمه صغيرا او كبيرا لان الاوعية بعد الامتداد الشديد الذي يحصل فيها تنكمش وتختنق في الجهة المصابة ولكن ينبغي ربط الاوعية الكبيرة التي يخشى من فتحها اذا فتحت واما الاجزاء الرخوة التي انهتكت هتكا غير مستو فتقطع حوافيها الزايدة التي لا يمكن ان تدخل في انضمام الجرح ثم تقرب الحوافي بحسب الامكان ويتدارك او يقاوم التهاب الانسجة الشديد بما مر

السابع الجروح المسمومة

وهي التي يكون فيها مع تفرق الاتصال مادة غريبة مهيجة تتشربها الانسجة فيحصل منها اعراض خطرة نحو ذلك الجروح الحاصلة من آلات استعملت في تشريح ميت ادركه النتن والفساد وعلاجها يكون بافساد طبيعة السم

المنحصر في الجروح بكيها * ومن ذلك لدغ النحل الذي يعصبه في الغالب الم وورم من دخول شوكته في الجلد وتفريغه السم المحصور في اصلها في حوصلة صغيرة جهة بطنه وذلك في الاناث خاصة واما الذكور فليس فيها ذلك فان اشتد الالتهاب اخرجت الشوكة من الجرح بسن دبوس اوابرة اوبسن المبضع وكوى محلها ثم يوضع العضو في ماء بارد بعض ساعات ويغطى برفايد مغموسة في ماء وخل باردين وتغير كلما سخنت * ومن ذلك لدغ الافعى وهي من الحشرات طولها نحو قدمين وغلظها نحو قيراط ولها قشر يلمع وفي جلدها نقط سودا منتشرة فيه على انتظام ولها في الفك الاعلى سنان محددا الرأس متموجان هما اطول اسنان الفكين وفيهما تجويف بالطول وفي قاعدتهما حوصلة صغيرة تحتوي على سيال مسم يتفرز من غدتين في جانبي الرأس فعند لدغها تنشب هذين السنين فتنكبس عضلات الفك على حوصلة السم فيخرج منها ويجري في تجويف السنين حتى يدخل في الجرح والافعى لا تؤذي الرجال ولا الحيوانات الكبيرة الا اذا تعرضوا لها ونكاية لدغها وخطره يكونان على حسب كمية السم الذي يقع في الجرح وصغر الملدوغ اوكبره ولدغ افعى الاوربا ليس خطرا ولا مهلكا مثل بلاد الافريقية الشرقية وتظهر عوارض لدغها في نحو عشرين اوثلاثين ثانية بالم شديد في الجهة الملدوغة ويسرى بعيدا عن محل الجرح ويعقبه انتفاخ واحرار ويحدث في الجلد نقط زرق تميل الى السواد فيشبه الجلد حينئذ المرمر ويصغر النبض ويضعف وتختل الحواس ثم يحدث ضعف اونزع وغشيان وقيء واسهال صفراوي ثم هذيان وتشنج فيكون حال الملدوغ محزنا جدا واول ما يعالج به شق محل اللدغ ثم كيه بالموسى المحماة اوبروح النوشادر المسمى بالكاوي النوشادري اوبالمواد الكاوية ويدهن العضو كله برفائد مغموسة في ممزوج زيت الزيتون بالنوشادر ويعطى الملدوغ من الباطن منقوعا عطريا يضاف على كل قدح منه عشر نقط الى اثنتي عشرة من روح النوشادر فهذه هي المعالجة المستعملة حالا وتستعمل ايضا في لدغ بقية الحشرات الساكنة تحت خط الاستواء ونحوه واذا كانت الافعى صغيرة وضعيفة وكان الملدوغ ذا شجاعة وبنية قوية لم يتسبب عنها الهلاك * ومن ذلك عض

لدغ النحل

لدغ الافعى

...ن الحيوانات الكلبية

الحيوانات الكلبية واكثر داء الكلب يكون فى الكلاب وكلاب الاوربا مستعدون له اكثر من كلاب الافريقيا ولذا يكثر فيهم واذا عرض هذا الداء لحيوان صار حزينا ضعيفا يألف الوحدة والظلمة ويقطع الاكل والشرب ويمشى على غير استقامة ويحمر عيناه كالمغتاظ ويرخى ذنبه بين رجليه وتنكس رأسه واذناه ويدلع لسانه اى يخرج ويزبد فمه كثيرا وتهرب منه الكلاب وهو يندفع عليهم ويعضهم ولا يعرف احدا ولو كان صاحبه ويزيد تهيجه عند رؤية السائلات والاشياء اللامعة ثم يزيد تشنجه ويموت بعد ثلاثين او ست وثلاثين ساعة * واسباب هذا الداء فى الحيوان مشقة المعيشة وعدم المأكول والمشروب وعضة حيوان كلب ومادته تكون فى اللعاب فتحدث فيه سمية تنفذ فى الجلد بواسطة الاسنان عند العض فيتشربها وتسرى فى اعضاء البدن وتقيم فيه زمنا تاما من غير ان يظهر شئ من عوارضها ويظهر فى الانسان بعد ثلاثين او اربعين يوما وقيل بعد شهرين وقيل يمكث سنين ثم يظهر وقد لا يوجد هذا فى بعض المعضوضين لان الحيوان يكون افرغ لعابه فى عضات قبل ذلك او ان ثياب المعضوض تشربت اللعاب حال دخول الاسنان فيها فوصلت الاسنان الى البدن وهى جافة او ان المعضوض كان ذا شجاعة وبنية قوية فلم ينفعل من ذلك لان المادة السمية تفسد قوتها بواسطة شدة القوة الحيوية فيه وعلى كل حال فينبغى افساد مادة السم قبل ان تظهر اعراضها فيخرج بعض دم من الجرح ويغسل بماء ثم يكوى كيا غائرا بالحديد المحمى فان كان الجرح فى الوجه استعملت الكاويات السائلة فاذا سقطت الخشكريشة اعيد عليه الكى وان كان الجرح غائرا فى الاصبع فقطعه اولى من شقه وكيه واعلم انه الى الان لم تظهر معالجة يكتفى بها فى داء الكلب بعد حصوله والمعلم مجن ذكر ان حقن الاوردة بالماء فيه نفع عظيم ونحن نقول ان المجربات فى هذا الداء قليلة جدا لندرة من يصاب به فلا نجزم بنفع هذه المعالجة وقد ذكروا لهذا الداء ادوية كثيرة لا يركن اليها ومع ذلك فلا يترك المكلوب بالكلية بل ينبغى ربطه لئلا يعض غيره فى نوب هيجانه ويستعمل له من المعالجة ما يعين على الشفاء كالفصد والاستحمام وغيرهما وقد تكلموا فى الامراض الباطنة عن هذا الداء اذا عرض للحيوان من نفسه

اسباب الكلب

الثامن الجروح الرضية

الرض هو تفرق اتصال مختلف يفسد به انتظام تركيب الانسجة قليلا كان الفساد اوكثيرا فيخرج الدم من اوعيته ويسرى فى النسيج الخلوى ويختلط به حتى يستحيل العضو المرضوض الى ماده كالعجين تشبه دردى النبيذ ويعقب ذلك التهاب شديد وعلاج الخفيف منه ان يغطى الجرح برفايد مغموسة فى سيال محلل مبرد وتربط برباط معتدل الشد ويكرر عليه ذلك ويراح العضو المرضوض ويستعمل الفصد وجميع ما ينفع فى الالتهاب فان لم ينجح ذلك وظهرت الاعراض الالتهابية وجب ابدال المحلل بالملين مع الفصد الموضعى قليلا اوكثيرا بحسب الحاجة فان كان فى الجهة المرضوضة تموج تما ودم منتشر فلا ينبغى عمل شق فيها لان الدم المنتشر يتشرب سريعا ويتم الشفاء وبالشق يؤثر الهواء فى جدران الورم الدموى فيحدث عنه التهاب شديد وينتهى بالتقيح فلذا كان تأخير شقه حتى تتشرب المادة وان طال الزمن لا يخشى منه ضرر واذا انفتح شريان كبير فى مثل هذا الورم حسن الشق عليه من اعلى الجرح وربطه وهو اولى من الضغط عليه فى محل الورم لئلا يكون مختفيا فى الانسجة وفى الدم المتجمد المغطى لها فلا ينضبط ومعلوم انه متى استحال عضو الى مادة كالعجين وتفتت عظامه واختلطت بالاطراف المنهتكة من العضلات والاوتار فينبغى قطعه حالا

التاسع الجروح الهتكية

هتك العضلات والوتر والاوتار العريضة وغيرها الحاصل عن اسباب شتى يكون البحث عنه فى محله ويكفى ان يقال هنا انه ينبغى تداركه ومقاومة الالتهاب الموضعى وتقريب الاجزاء المهتوكة

العاشر الجروح الحاصلة من الفواعل الكيماوية

الفواعل الكيماوية كالجواهر الكاوية يزول بفعلها انتظام تركيب الانسجة الحية وتستحيل الى اجسام ميتة تسمى خشكريشات وتأثيرها مختلف

تأثير القلويات والحوامض

* فانواع القلوى يظهر انها تؤثر بالخصوص في السايلات الشحمية المنحصرة في الاعضا فتحيلها الى مادة صابونية والحوامض المعدنية القوية يكون تأثيرها في الاجزاء الصلبة فتزيلها واوصاف الخشكريشة تختلف بحسب طبيعة الجواهر التي نشأت هي عنها فتكون لينة رمادية اللون تميل الى السواد من تأثير البوتاسة والنطرون وباسمفرا من تأثير حمض النيتريك وهو حمض ملح البارود وسودا من تأثير حمض الكبريت ويقال له زيت الزاج وروح الكبريت ايضا والخشكريشة في الجميع يكون حولها اثر شديد الالتهاب تنفصل الخشكريشة عن الانسجة وبعد زمن ما تسقط الخشكريشة بواسطة التقيح ثم يظهر في المحل

تأثير الاجسام المحماة

جرح مع زوال جوهر ومعالجته لا تزيد عما سبق * والحرق يحصل من تأثير الاجسام المحماة وهو درجات ميزها المعلم دوبترن على حسب ما يحصل منها فالاولى احمرار الجلد والثانية تنفطه والثالثة ازالة الغشاء المخاطي والرابعة استحالة سمك الجلد الى الخشكريشة والخامسة استحالة العضلات الى الجمرة والسادسة وهي الاخيرة احتراق الجهة كلها وعلى اي حالة فليجتهد الجراح في تداركه ومقاومة الالتهاب الذي لا يزال قابلا للرجوع في المحل بشدة عظيمة واذا لم يكف استعمال الماء الجليدي والوضعيات التي تطول مدتها على الجرح من السايلات المحللة والوضعيات المؤفونة ينبغي استعمال الملينات والاستفراغات الدموية فالوضعيات المؤفونة تنفع لتسكين الالم ومرهم جالينوا الذي يضاف عليه خلاصة الصمغ والافيون ينفع لتغطية الجرح اذا كان عاريا عن الجلد ومتى حصلت الخشكريشة فليجتهد في اسقاطها وفي تلحيم الجرح الصادر عنها وينبغي وضع العضو على هيئة لا يحصل منها انثناء في الجرح لئلا يتشوه الالتحام

الحادي عشر الجروح القروحية

وهي الناشئة عن نحو الاسكوربوط والافرنجي والجرب والخزاز فان هذه يتسبب عنها التهابات في الانسجة الحية خصوصا في الجلد والجهة الظاهرة من الاغشية المخاطية ويتبعه تأكل سريع في الاعضاء المصابة به وتفرق الاتصال في كل

من هذه له هيئة تخصه فالاسكوربوط من الاسباب القوية المانعة للالتحام وهو لا يعرف من حال المريض فقط بل من هيئة الجرح ايضا فيكون لونه احمر مائلا للزرقة ولحمه لينا مسترخيا كالفطر ويحتقن ابدم اسود يسيل منه بسهولة وحينئذ فليبادر بمقاومته بعلاج جار على قانون الصحة وبأدوية وضعية فيوضع المريض فى مكان يمكن ان يستنشق منه هواء نقيا يابسا ويتعاطى الاطعمة المقوية الجديدة لا القديمة ويتناول من الداخل عصير الليمون ونحوه من النباتات الطرية وجميع ما يقاوم به الاسكربوط ويعالج الجرح بمسحوق او مطبوخ الكينكينا ونباتات عطرية اخر ويشد الرباط قليلا ليخصر الجرح تحته وبواسطة هذه الاشياء تكتسب الجروح الضعيفة حالة جيدة وتتأهل سريعا للالتحام والداء الافرنجى يحصل منه كثيرا تفرق اتصال قروحى ويسمى سرطانا الا انه اذا كان باطنيا فى اعضاء التناسل والفم لا يحسن تسميته بذلك والجروح الافرنجية تعرف بتساوى حوافيها بدون تشرشر ويكون صديدها سائلا ماديا او سنجابيا مصمغا واذا كانت على سطح البدن امتدت بسرعة فاذا زالت من موضع ظهرت فى اخر والمداواة موضعية ومداواة عامة فالموضعية اذا كان هناك الم واحمرار ان تستعمل الملينات فاذا زال التهيج عولج الجرح بوسائد من نسالة عليها مرهم الزيبق والقروح التى فى الفم منه تداوى بالغراغر المرطبة المضاف عليها قدر مناسب من السليمانى والمداواة العامة ان يستعمل من الباطن المشروبات المعرقة والزيبق ومن الظاهر الدلك بالزيبق والجرب قد ينشأ عنه تقرح الجلد فى الظاهر فقط وقد يحدث فى جرح بسيط تهيج جربى والتهيج الحزازى ينشأ عنه تزايد فى احوال الجروح ويعرف ذلك بالاكلان فيها والقشر السميك المغطى لها وعدم تسوية حوافيها ومداواة الداء الافرنجى والحزاز والجرب تخص علم الامراض الباطنة وعليها نتكلم فيه تفصيلا والله اعلم

الكتاب الثانى فى آفات آلات الهضم وما يخصها من العمليات

الباب الاول

المبحث الاول فى آفات الشفتين وما يلزم لهما من العمليات

آفات الشفتين اربع الاول الالتصاق الخلقى فقد يولد الطفل وشفتاه ملتصقتان ببعضهما من جميع الجهات وهذا هو الالتصاق الخلقى الكامل وهو نادر والغالب ان يكون الوسط مفتوحا والالتصاق من الجانبين فقط فيكون غير كامل والخط المستعرض بين الشفتين هو محل الانفصال الطبيعى الذى كان حقه ان يكون موجودا فان كان الالتصاق غير كامل عملت له عملية الانفصال الطبيعى بان يدخل الموصل او الاصبع السبابة فى الفم من الوسط المفتوح لتبعد به الشفتان عن اللثة خوف جرحهما وليهتدى به المشرط الذى يزال به الالتصاق المانع من الفتحة الكاملة وان كان الالتصاق كاملا فينبغى اولا ان يفتح على الخط المستعرض فتحة صغيرة ثم يدخل الموصل وتتم العملية على حسب ما تقدم وينبغى بعد ذلك الاحتراس من التصاقهما ويكفى لمنع ذلك بكاء الطفل وارتضاعه وقت الصحو وفى وقت النوم يوضع بين شفتيه خرقة مدهونة بنحو زبد لتمنع ملامستهما * فان كان التصاق الشفتين باللثة او باللسان فينبغى ازالة اربطة هذا الالتصاق بالمقص الذى لاسن له او بالمشرط ذى الزر وتؤمر المرضعة بادخال طرف اصبعها فى فم الطفل بين المواضع المنفصلة وقتا بعد وقت لئلا يعود الالتصاق وقد يكون الالتصاق عقب حرق غائر فى الشفتين تضيق به فتحة الفم ويزال ذلك بجميع ما ذكر فى الالتصاق الخلقى وتحفظ الجهة المنفصلة عن الملامسة

التصاق الشفتين باللثة او باللسان

الثانى الشفة الارنبية الخلقية او العارضة

قد يولد الطفل واحدى شفتيه مشقوقة او هما معا ويسمى هذا التشوه بالشفة الارنبية الخلقية وهو انواع الاول البسيط وهو الذى يكون فيه الشق واحدا مستقيما كان او مائلا واصلا لآخر عرض الشفة اولا فى وسطها او فى احد جانبيها والثانى المركب وهو الذى يكون فيه الشق مزدوجا بان يكون فى كل من الشفتين شق بسيط او فى احديهما شقان والثالث

المضاعف وهو ان يكون مع الشق انفصال فى العظام الفكية او عظام سقف
الحنك او فى اللهاة او الغلصمة ومنه ان تكون الاسنان القواطع مع الشق بارزة
الى الامام ومرتكزة على حدبة عظمية او يكون فيما بين تفرق الشفة زر لحمى
يختلف حجمه وشكله والشفة الارنبية العارضة هى التى تحصل عقب جرح

اوصاف الشفة الارنبية

التحمت كل حافة من حافتيه على حدتها * واعلم ان الخلقية تغطى حافتاها بجلدة
رقيقة حمراء وتكون غالبا فى الشفة العليا ولا تبعد عن محاذاة جناحى الانف
واتجاهها يكون على موازاة سمت الجسم وليس معها زوال جوهر والعارضة
بخلافها فتكون مغطاة باثرة جلدية بيضاء كالتى تكون فى الالتحامات المعتادة
وتكون غالبا فى الشفة السفلى وبسيطة ومنحرفة الاتجاه ومعها زوال جوهر

المعالجة

فى الغالب * والتفرق الغير الطبيعى فى الشفة يستدعى ثلاث طرق الاولى ازالة
ما يصاحب الداء ويعوق عن اتمام العملية او نفعها والثانية ادماء حوافى التفرق

الاوفق للعملية سن ثلاث سنين

والثالثة انضمام الحوافى لازالة التشوه * ثم ان بعض الجراحين كان يعمل عملية
الشفة الارنبية الخلقية عقب الولادة والغالب منهم على ان الاحسن تأخيرها الى
ان تقوى انسجة الشفة على تحمل الابر وذلك يكون اذا بلغ الطفل ثلاث سنين لانه
اذ ذاك يكون عنده نوع تمييز يمنعه عن البكاء الزائد فيكون هذا السن هو الاجود
للعملية لكن اذا كان تفرق اتصال الشفة مانعا من ارتضاع الطفل او كان معه
سقف الحنك مشقوقا لا يصل اللبن الى جوفه بل ينفذ فى الحفر الانفية وكانت

طريقة العملية

حياته فى خطر فلا تؤخر العملية الى هذا السن بل ينبغى عملها حالا * وقبل
ان يشرع فى العملية ينبغى الفحص عن جميع ما يصاحب تفرق الاتصال ويمنع
الانضمام لاجل ازالته ولا بد من اتمام عملية تفرق الاتصال فى الشفة او فى العظام
الفكية ولو اتسع التفرق مهما اتسع فان بعدت حافتا الشفة عن بعضهما بحيث
لا يمكن تقريبهما بدون شد عنيف فلتربط الشفة برباط ضام اياما قبل العملية
ليعتاد المحل على التقريب فيسهل عليه العملية واذا كانت الاسنان قواطع
اومغروسها من الفك بارزا جدا الى الامام فينبغى استئصالها اذا كان قبل
الاثغار لان الاسنان الجديدة يكون اصطفافها اجود من الاولى واما بعد

الاذخار فلا تستأصل اذا امكن ارجاعها الى هيئة وضعها الطبيعي بواسطة رباط مناسب لها وكان المعلم ديسولت يضع لذلك رفادة سميكة على الجهة البارزة ويلف عليها اللفافة تربط على القفا فترجع الجهة البارزة بهذا الرباط الى جهة الخلف واخترع بعض المعلمين اربطة اخرى لكن الاحسن مااخترعه ديسولت فان لم ينفع هذا الربط ازيل الجزء الفكي البارز بالعملية لكنه بجرب ذلك كثيرا فحصل منه ان قوس الاسنان تداخل في بعضه وقصر عن موافقة الفك الآخر في الانطباق فلذا لا يزال بالعملية الا بعد اليأس من نفع الربط المذكور ولا ينبغي الاقدام على عملية الشفة الارنبية حينئذ الا بعد زوال الالتهاب الحادث عن عملية الفك واذا كانت اطراف الاسنان القواطع بارزة الى الامام اعيدت الى وضعها الطبيعي او اخذت بالمبرد ولا يضر في الاطفال استئصال السن الذي خرج عن طريقه الطبيعي * واذا كانت الاسنان المحاذية لتفرق الشفة غير موجودة وعسر انضمام الشفة لعدم ما ترتكز عليه من الخلف فلتوضع صفيحة من فضة او رصاص وتثبت على الاسنان المجاورة لمحل المفقودة وتبقى الى ان يتم التحام الشفة * واذا كان بين حوافي الشفة الارنبية زر لحمي احمر فان كان صغيرا قطع بالمشرط او بالمقص قبل العملية في مرة واحدة وان كان كبيرا قطع مع ادمائها واما اذا كانت الشفة ملتصقة باللثة فينبغي فصلها الى محاذاة منتهى التفرق ليسهل تقريب حوافي الشفة وملامستها لبعضها من كل جهة * وبعد ازالة جميع ما يزيد في احوال التفرق وصيرورته بسيطا ينبغي ادماء الحافتين ليقبلا الالتحام وقد كان بعض المعلمين يستعمل لتدمية الحافتين الكاويات والمنفطات وليس ذلك بجيد لانه يحصل منهما الم طويل وزوال جوهر كبير مع عدم نفعهما ولذلك رفضوهما واستبدلوا بهما المشرط او المقص ويلزم لعملية الشفة احضار جملة آلات هي اولا مشرط ذو نصل صلب وحد مستقيم وسن حاد وثانيا صفيحة من مقوى او خشب او عاج طولها من ستة قراريط الى ثمانية وعرضها من قيراطين الى ثلاثة وثالثا بعض ابر مستقيمة اسطوانية لا سم لها ولها سن مفرطح حاد ورابعا خيط مشمع طويل جدا وخامسا مقص اذا لم يستعمل المشرط فهذا

وضع صفيحة معدنية بدل الاسنان المفقوده

ازالة ما بين حافتي الشفة

ادماء حوافي التفرق

ما يلزم احضاره لهذه العملية من الآلات وينبغي لمعالجة الجرح ان يجهز اولا رفادتان رفيقتان ضيقتان طولهما بقدر عرض الشفة يوضعان تحت اطراف الابر وثانيا وسادة خفيفة من نسالة مدهونة بمرهم جالينو وثالثا رفادتان درجيتان ورابعا لفافة ذات اسطوانتين طولها نحو ستة اذرع وعرضها قيراط وخامسا عصابتان طول كل واحدة نحو ثلاثة اذرع وعرضهما بقدر عرض الرفادة الدرجية ومقلاع للذقن * فاذا تجهزت جميع هذه الاشياء فليقف

العملية

الجراح امام المريض بعد ان يجلسه على كرسي عال ويقف المساعد خلف المريض ويثبت رأسه على صدره بان يضع احدى يديه على جبينه والثانية تحت ذقنه ثم يقص الجراح حوافي الشفة بالمقص ان كانت انسجتها رقيقة رخوة كشفة الاطفال فان كانت سميكة صلبة استعمل المشرط والاسهل استعمال المقص لان المشرط يحتاج الى اعتياد العمل باليمين واليسار ولابد ان يكون محدده مسنونا لئلا يضغ حوافي الجرح ويرضها واذا استعمل المشرط فينبغي ان توضع الصفيحة تحت الجزء الايمن من الشفة وتثبت الشفة عليها ثم تمسك الشفة بالابهام والسبابة من اليد اليسرى ويجذبها الجراح بهما الى جهته حتى تمتد امتدادا جيدا ويمسك المشرط باليد اليمين ويبتدئ الشق به من فوق زاوية التفرق بقليل واضعا حد المشرط على طول الحافة المراد قطعها ثم يشقها مرة واحدة ويفعل ذلك في الحافة الاخرى بعد ان ينقل المشرط لليد الثانية لان مسكه يكون باليد المقابلة للحافة المشقوقة واذا استعمل المقص فينبغي ان يكون كبيرا صلبا مسنونا ويمسكه الجراح باليد اليمين واليد اليسرى تمد احدى حافتي الشفة ويقص الحافة مرة واحدة ويفعل بالاخرى كذلك * وينبغي في الشفة الارنبية

شروط عامة

الخلقية ان يقطع جميع ما لم يغطه الجلد مما هو احمر حتى يتساوى سطح الحافة مع سطح التفرق من الجانبين وان يكون ذلك على طريقة هي ان تكون حوافي الجرح الجديد ملتقية من اعلى على زاوية حادة وان تزال الانسجة المتمددة كلها حتى لا يبقى منها شيء وينبغي في حال القطع خصوصا في الشفة الارنبية العارضة الاحتراس عن ازالة جوهر كبير ليكون الجرح قابلا للالتئام على خط مستقيم

فهذا اول جزء من اجزاء العملية وبعد اتمام الجزء الاول من العملية ينبغي السعي في اتمام الجزء الثاني وهو انضمام شفتي الجرح بدون واسطة فالقدماء والمحدثون قد اعتبروا الخياطة في الشفة الارنبية لكونهم تحققوا ان الربط والعصابات اللزجة لا يكفيان في ذلك والخياطة اللفية هي الاجود في تحصيل الانضمام وتكون بابر متخذة من الفولاذ او الذهب او الفضة وهي على اشكال مختلفة المستعمل منها كثيرا في زماننا هذا هي المتخذة من الفولاذ او الذهب التي لها سن كسن الرمح ولا رأس لها ولا ثقب وطولها من قيراط وربع الى قيراط ونصف وغلظها كالابر المعتادة في الخياطة ومع الاضطرار يمكن استعمال الابر المعتادة) وكيفية استعمال

الخياطة اللفية

هذه الخياطة ان يد من الجراح طرف الابرة ويمسكها من الوسط بين الابهام والوسطى من اليد اليمنى وتكون السبابة مرتكزة على رأسها وحافتا الجرح متقربان لبعضهما تقريبا محكما ثم يدخل الابرة في سمك الحافة اليسرى غايصا بها في السمك قليلا ثم يخرجها منها ويدخلها في الحافة المقابلة غايصا بها كذلك بحيث تكون الابرة مغروسة فيما بين الثلث المقدم والثلثين الخلفيين من سمك الشفة والابرة الاولى توضع نحو اسفل الشفة لتكون الحافتان موضوعتين على الاستواء من اول الامر ثم بعد وضع الابرة على هذه الصورة يمر بخيط مشمع من امامها ماعلا كل طرف من طرفيه تحت طرف من طرفي الابرة ويعطى طرفي الخيط لمساعد يشدهما برفق الى الاسفل بعد ان يجعلهما على تقاطع صليبي لاجل تقريب حوافي التفرق ثم ينفذ ابرة ثانية نحو وسط التفرق ويبتدئ ذلك من الحافة اليسرى على نسق ما تقدم ثم ابرة ثالثة كذلك فاذا وضعت الابر على هذه الكيفية فليأخذ الجراح طرفي الخيط من المساعد ويلفهما لفا صليبيا مرات عديدة من جهة الامام للابرة وينفذهما بهذه الكيفية تحت طرفي الابرة الثانية ويلفهما لفا صليبيا كالاول وهكذا يفعل في الابرة الثالثة ثم يعقد طرفي الخيط عقدة وشنيطة ثم يضع الرفادتين تحت اطراف الابر خوفا من انها تهيج الجلد بملامسة اطرافها له ثم ينظف المحل من الدم ويضع عليه وسادة من نسالة مدهونة بمرهم جالينوس * فاذا اريد وضع العصابات اللزجة فليوضع في جانب الخد طرف

وضع العصابات اللزجة

العصابة ويثبت فى زاوية الفك ثم يقرب الخد الثانى نحو الجرح ويلصق عليه بقية العصابة وقد تستعمل على وجه آخر وهو ان يوضع على كل خد شريط طرفه عريض مربع ووسطه ضيق ويتصالبان على الجرح ويشدان عليه شدا متخالفا كشد الرباط الضام حتى يصل طرف كل واحد منهما الى الخد الذى من الجهة الاخرى فيلصقه عليه وهذا كاف فى الاطفال واما فى البالغين فالرباط الضام اجود منه * وقد اخترع لانضمام الشفة الارنبية رباطات مختلفة اسهلها واكثرها استعمالا رباط لويحيى وهو ان يأخذ الجراح لفافة طولها نحو اربعة اذرع ونصف وعرضها نحو ثلاثة ارباع قيراط ويجعلها ذات اسطوانتين غير متساويتين فيضع على الجبهة المسافة التى بينهما ويذهب بهما الى الخلف مارا فوق اعلى الاذنين حتى يصل الى نقرة القفا فيصالبهما هناك ثم يرجع بهما الى الامام فوق الرفادتين الدرجيتين الموضوعتين على الخدين حتى اذا وصل بهما امام الابر جعل فى الطرف الاطول من اللفافة عروتين وفى الطرف الاقصر شريطين وينفذ فى كل عروة شريطا ثم يشد الطرفين شدا متخالفا ويأتى بهما الى نقرة القفا ثم يلفهما على الرأس حتى ينتهيا * وهنا رباط ضام آخر وهو ان تؤخذ لفافة طولها وعرضها كالاولى واسطوانتاها متساويتان فيضع الجراح المسافة المتوسطة بينهما على الجبهة ويذهب بهما على جانبى الرأس الى نقرة القفا ويصالبهما هناك ثم يرجع بهما الى الامام مارا على الرفادتين الدرجيتين وعلى الشفة فيصالبهما عليها ويرجع بهما ثانيا على الرفادتين الى نقرة القفا ثم يلفهما على الرأس حتى ينتهيا ويثبت اطرافهما بدبابيس ويضع على الذقن وسط المقلاع ذى الاطراف الاربعة ليضبط الفك الاسفل والرفايد الدرجية التى على الخدين ويثبت اطراف المقلاع على الرأس * واذا كان فى الشفة الارنبية شقان والجزء المتوسط بينهما ضيق وجب ادماؤه ايضا وتنفيذ الابر فيه ليشمله الانضمام فان كان هذا الجزء قصيرا عن الشفة فليجعل على صورة مثلث رأسه الدقيق من اسفل وتنفذ فيه الابر * وينبغى للمريض ان لا يتناول الا الاحراق وان يتجنب جميع ما يحصل منه حركة فى الجهة المصابة كالضحك والكلام ولا يتعاطى من الاطعمة ما يحتاج

بالمعلم لويحيى

رباط ضام آخر

الشفة الارنبية

بعد العملية

التصريك الفك ثم فى اليوم الثالث او الرابع يغير على الجرح فيرفع الرباط برفق مع الانتباه الكلى والمساعد وقت رفع الرباط يقرب الخدين بجهة الامام لئلا يحصل تفرق فى محل العملية ويدع المحل نصف ساعة او ساعة بدون حفاظ ثم يقطع الخيط ويخرج الابر بعد ان يدهنها بمرهم جالينو ويضع عصابات لزجة ووسادة من نسالة ورباطا ضاما جديدا ويبقى ذلك اياما حتى يتم الالتحام بالكلية

الثالث جروح الشفة

ينبغى ان لا يشتبه عليك تفرق الاتصال الجديد العارض فى الشفة بالشفة الارنبية المسماة بهذا الاسم حقيقة وان كانت المعالجة فيهما واحدة فتستعمل هنا العصابات اللزجة ان كان التفرق لا فى كل سمكها والخياطة والرباط الضام وجميع ما ذكر فى الشفة الارنبية ان كان التفرق فى جميع سمكها

الرابع سرطان الشفة

كثيرا ما يحدث فى الشفة جروح سرطانية اكالة تبتدى غالبا بزر يتقرح بعد زمن ما والجرح السرطانى تارة يكون جافا وتارة احمر وتارة مغطى بقشرة جافة سنجابية اللون تسقط ثم تتولد شيأ فشيأ وتارة يتسع وتارة يقف وتارة يحصل منه نزيف وكثيرا ما تكون هذه الجروح فى الشفة السفلى وتمتد من حافتها الى نحو قاعدتها وقدماء الجراحين كانوا لا يعرفون طريق معالجة هذه الجروح فكان اكثرهم يستعمل الادوية المهيجة التى تزيد فى خبث المرض وكثيرا ما كانوا يستعملون الكى وعملية الاستئصال وهذه الجروح تقبل الشفاء بواسطة الوضعيات الملينة والفصد الموضعى والمصرفات وجميع ما يقاوم به الالتهاب فاذا لم تؤثر جميع الادوية المضادة للالتهاب فيها فلتعمل عملية الاستئصال ولو اتسع الجرح مهما اتسع اذا كانت الغدد الفكية والعنقية سليمة من هذا الداء واستعمال المرهم الرهجى هنا خطر جدا لمجاورة الفم فلذا كان الاولى عدم استعماله * وطريقة العملية فيما اذا كان التقرح شاغلا للجهة المجاورة لحافة الشفة فقطان يقطع الجراح التقرح بالمشرط قطعا هلاليا وبعد هذا القطع يربط ما انفتح من الاوعية ويعالج الجرح

طريقة العملية

كمعالجة الجروح التي معهما زوال جوهر حتى يحصل الالتحام ومع كون الجزء
المقطوع لا يتولد ثانيا تكتسب الشفة ارتفاعهما الطبيعي فلا يعقب العملية تشوه
ولا تعسر في الحركة وفيما اذا امتد الزوال السرطاني في عرض الشفة كلها ان يقطعه
بشقين ينزلان على جانبي التقرح آخذين في القرب من بعضهما حتى يلتقيا على
زاوية حادة من الاسفل منتهيين بنقطة بحيث يكون الجزء المزال مثلثا وهذه
العملية لسهولتها لا تحتاج لشرح زائد وبعد اتمام العملية يحتاج الى انضمام حافتي
الجرح كما يفعل في الشفة الارنبية فاذا امتد الى الذقن فالعملية بعينها ولكن ينبغي
حينئذ ازالة الجلد المجاور والعظم الفكي لاجل ان يقرب الجرح بعد الازالة الى بعضه
من الجهة السفلى والجهة العليا معا ومتى كان التقرح ممتدا بالعرض قطعت
الشفة كلها وهذه العملية عملت مرات كثيرة فلم يحصل منها عيب سوى ضيق
الفم وتشوه قليل سيما في الصغار لان الانسجة فيهم قابلة التمدد فاذا كان في الجلد
اتساع شديد جدا بحيث لا يتم انضمام الجهات بعد العملية فينبغي ان يكتفى
بانضمام حوافي الجرح بقدر ما يمكن واما التشوه وسيلان اللعاب فيتدارك
امرهما بعد التحام الجرح بعمل شفة من فضة واذا كان السرطان شاغلا
لاحدى زاويتي الفم اعني ملتقى الشفوين من الظاهر كانت العملية بخلاف ما ذكر
فان الشقين هنا يبتدآن من اقرب محل الى الشفة وينتهيان في الخد على نقطة
فيحصل في الوجه جرح مستعرض مثلث مشارك لفتحة الفم وينبغي بعد الشق
ربط الشريان الشفوي فانه لابد من اصابة اصله عند القطع وضم الجرح بخياطة
متفرقة تبتدى من جهة الفم ثم توضع العصايب المزجة على الخدين ويغطى
الجرح بنسالة ورفايد ويثبت جميع ذلك بلفافة مشدودة شدا معتدلا وبالمقلاع
ويؤمر المريض بان لا يفتح فمه الا عند الاحتياج لتناول بعض اغذية سيالة

سرطان ملتقى
...ين

المبحث الثاني في آفات عظم الفك الاسفل

آفات عظم الفك الاسفل ثلاث الاولى الكسر ويكون غالبا في المحل المصاب
لا في غيره فان كان بسيطا في جسم العظم كفى في تجبيره تقريب حافتي قوس

منابت

منابت الاسنان حتى يتلامس الجزآن ويمنع تحركهما برفادة سمكية مغموسة
فى سيال محلل توضع على طول قاعدة العظم وتثبت بالمقلاع او بالرباط المسمى
بالرسن واذا انفصل بالكسر شظية من الفك صغيرة او كبيرة وبقيت متعلقة
بالاجزاء الرخوة فينبغي ان تثبت فى محلها بربط الاسنان بعضها ببعض اوشظايا
انفصلت بالكلية استؤصلت واذا انكسرت احدى شعبتى الفك سهل ارجاعها
الى وضعها الطبيعي من غير تشوه بواسطة رباط بسيط لان العضلة المضغية
المرتبطة بالشظية المكسورة تعين على تثبتها والتئامها واذا كان الكسر
فى النتو اللقمى للفك فالجزء العلوى منه تجذبه العضلة الجناحية الوحشية
الى الامام ويحتاج الى رفادة سميكة خلف زاوية الفك لتجذب بقية العظم ايضا
الى الامام فيحصل التحام جيد ثم يعالج الجرح والرض والالتهاب الحاصلة
فى الاجزاء اللينة بطريق ما اذا لم يكن فيها كسر وينبغي ان لا يتحرك الفك فى ذلك
مدة اربعة وعشرين يوما وان يكون منطبقا على الاسنان المقابلة له ويغتذى
المريض بالامراق فقط وتصب فى فمه بين قوسى الاسنان بعد ان يفتح الفك برفق
فتحة لطيفة ثم يستعمل بعد ذلك الشوربة ثم الاطعمة الجامدة على التدريج

الثانية الخلع

ويحصل غالبا من افراط تكيسه فتتشنج العضلتان المضغيتان وعلامته
ان يبقى الفم مفتوحا دائما ويحصل فى الصدغين والخدين انخفاض ويبرز
النتوان القرنيان من تحت الجلد وتتسع المسافة المشغولة بالقناة السمعية
الظاهرة وهذا الخلع دائما يكون من جهة الامام وكيفية رده ان يجلس المصاب
على كرسى ويثبت صدره على صدر المساعد ويلف الجراح على ابهاميه خرقا من
قماش ويدخلهما خلف الضرسين الاخيرين من الجهتين بقدر الامكان ويقبض
على الفك بالاصابع الاربع ثم ينكسه دافعا له الى الخلف بالابهامين المرتكزين على
الاضراس الكبار لاجل تخليص النتوين اللقميين ويرفع الذقن ببقية الاصابع
ثم يزلق ابهاميه حالا فيما بين قوسى الاسنان والخدين خوفا من انطباق الاسنان

عليهما بالقوة الشديدة العضلاتية الحاصلة من ادخال العضلتين الرافعتين للفك الثقوبين القمسين في الحفرتين الصغيرتين العنابيتين المسمانين باجلينو بده ويكفى لعدم تحرك الفك لئلا يرجع الخلع وضع المقلاع او اللفافة الذقنية التى هى كازناق وقد يكون فى الفك استعداد لانخلاعه ورده فكثيرا ما شوهد حصول هذا الخلع لبعض الناس ورده الى اصله الطبيعى بسهولة ويعلم كون الخلع من جانب واحد بلوقة الحنك مع العلامات التى ذكرناها

الثالثة السرطان

قد عند التقرح الاكال فى الشفة وهو سرطانها الى عظم الفك المجاور لها فيزيل السمحاق ويخرب نظام تركيب جوهر العظم * فاذا امتد الى الذقن وعظم الفك الاسفل وكان غير غائر وجب اولا قطع الاجزاء الرخوة المصابة حتى ينكشف جميع الجزء المصاب من العظم ثم ينحت بالمنحت ويكوى بالحديد المحمى حتى تتيقن ازالته ثم يعالج الجرح بمعالجة بسيطة وعند ما تظهر الازرار اللحمية وتغطى بجميع سطح العظم ينبغى تقريب الحواف لينتقص التشوه او يتدارك قبل حصوله بقدر الامكان)

علاجه ان لم يكن غائرا بالنحت والكى

وكان قبل ظهور المعلم دو بيترن اذا اصاب الداء السرطانى جميع سمك الفك او معظمه لا يتوقع شفاء المصاب بذلك بل لا بد من هلاكه فلما ظهر هذا المعلم اظهر طريق شفائه بقطع جميع الجزء المصاب * وينبغى لاجل اتمام هذه العملية العسرة الخطرة جدا ونجاحها ان يجهز منشار ذو قبض ونصل صلب لاظهر له ومشارط ومقصات وخيوط مشمعة وملاقيط لربط الاوعية ويلزم لمعالجة الجرح تجهيز ابر للخياطة وعصابات لزجة وبعض وسايد من نسالة ورفايد ولفافة طولها من ستة اذرع الى ثمانية وزناق ذقنى * وكيفية عملية دو بيترن المذكور ان يجلس المريض على كرسى ورأسه مثبت على صدر مساعد وجسمه مغطى بملاءة مطبقة ويأخذ الجراح مشرطا مستقيما يشق به شقين يحيطان بجميع الاجزاء اللينة المصابة يبتدأ يهما من حافة الشفة السفلى وينزل بهما الى اسفل الداء حتى يتلاقيا على زاوية حادة ثم يسلخ الجلدة اليمنى واليسرى بمجاوز العظم والسمحاق المصابين

وان كان غائرا بقطع الجزء المصاب

عملية دو بيترن

بقليل وكلما انفتح شيء من الاوعية زمن العملية ربطه ثم يرفع الجلدتين ويذهب بهما الى الخلف ويخلص السمحاق ويبعده عن جميع المحال التي يراد نشرها ثم ينشر العظم المصاب برفق نشرا من الخارج الى الداخل ويضع صفيحة من قرن او جلد ثخين او من مقوى اسفل الجهة المراد نشرها لئلا يصيب الاجزاء السليمة ثم يفعل مثل ذلك في الجهة المقابلة وتتم عملية القطع بازالة جميع الاجزاء الملتصقة بالسطح الخلفي من الفك ثم ربط الشرايين التي تحت الفك وبعض فروع من الشريان اللساني ثم رد الجلدتين وضمهما على الخط المتوسط بغرزتي خياطة في اميل جهات الجرح الى الاسفل ثم توضع اللزق اللزجة على بقية حوافي الجرح وكذا وسادة من النسالة ورفايد واسافة وبذلك يتم ما يجب لمعالجة الجرح وعندما يتم الشفاء لا يبقى للمصاب ذقن فتصنع له ذقن من فضة يستر بها التشوه وتعينه على حركة التكلم وقد يتفق ان طرفي الفك ينضمان بواسطة مادة ليفية غضروفية تتكون عنها عيئة ذقن واغلب الناس الذين تحصل لهم هذه العملية يبقى طرفا العظم فيهم منفصلين عن بعضهما بقدر قيراط او قيراطين وقد وقعت هذه العملية مرات عقب جروح حصلت من جلل المدافع والمعلم دوبيترن استعمل هذه العملية كثيرا مع النجاح وكذا استعملها المعلم المنض عن قريب في بيمارستان مونبلير

المبحث الثالث في آفات الفك الاعلى

هي ثلاث الاولى الكسر وهو نادر جدا ولا يلزم له تجبير لانه يلتحم من ذاته والثانية السرطان ويمكن ان يصيب الاجزاء الرخوة المغطية له ويزيد امتداده فيه كلما كانت العظام اسفنجية فلذلك ينبغي الاسراع بازالة الجزء المصاب منه بمنقار قنوي ودقاق من خشب بعد ان يكون الجراح قد شق الاجزاء الليفية شقين لايقين والثالثة القروح الاكالة في سقف الحنك وتحصل غالبا من الداء الافرنجي وكثيرا ما تثقب العظم فيحصل استطراق بين الفم والحفر الانفية وذلك يستدعي بعد حصول الشفاء وضع سدادتين تفصل بين هذين التجويفين

المبحث الرابع في آفات الاسنان

آفات الاسنان كثيرة جدا وتختلف باختلاف اسبابها واعراضها وطرق معالجتها وتنحصر في جملة هذه الافات الاولى نقص الاسنان اوزيادتها والثانية عدم انتظام وضعها والثالثة تحركها وخلعها وكسرها والرابعة انبراؤها والخامسة تفتتها والسادسة زوال ميتتها وهو طلاؤها والسابعة تسوس اجسامها اواصولها والثامنة التهاب غشاء اسناخها والتاسعة الاستوبت اى اورامها لان معنى هذه الكلمة الورم العظمى والعاشرة النكروزيس وهو موت جوهر الاسنان لان معنى هذه الكلمة موت العظم والحادية عشر التهاب العصب السنى والثانية عشر القشور الحفرية التي تتكون على السن

اما الاولى وهي نقص الاسنان اوزيادتها فقد يتفق ان بعض الاسنان اوكلها لايظهر زمن النبت الاول ولايضر ذلك لانها لاتظهر غالبا الازمن النبت الثانى وغاية ماينبغي في ذلك استدامة تليين اللثة الى زمن النبت الثانى بتناول الطفل الاطعمة اللينة وقد لاينبت من الاسنان سوى الاضراس الكبار وقد يتم النبت الاول للاسنان ثم تسقط ولاينبت مكانها شئ وذلك اما ان يكون موروثا للشخص اوناشئا عن علة مرضية تؤثر في الجنين اوفي الطفل بعد الولادة ولاحيلة في تعويض بدلها الا باسنان مصنوعة وقد تفقد الاضراس الكبار التي في آخر الاسنان المسماة باضراس الحلم وهي النواجذ في اشخاص كثيرين فتكون مخفية في اسنانها ولايحصل من ذلك عوارض رديئة) والزيادة على عدد الاسنان نادرة جدا لاسيما في البالغين ولايزيد في الغالب عن سن اوسنين وقد يزيد عن ذلك وسبب الزيادة عدم سقوط سن اوسنين من الاسنان الاولية وقد تكون هذه الزيادة من جرثومة سن زائد عن العدد من اصل النبت الاول واذا تبدلت الاضراس الصغار ولم تسقط الكبار نبت بينها ضرس زائد غير منتظم الشكل فيحتاج الى قلعه ويوجد ذلك ايضا في الاسنان الاولية التي لم تسقط زمن النبت الثانى فاذا ظهرت من بينها قلعت الزوائد وليحترس من قلع غير الزايد

يدل الزايد

واما الثانية وهى عدم انتظام وضع الاسنان فبأن يكون بعضها مختفيا في محل عظمي الفك وبعضها موضوعا وضعا افقيا وبعضها نابتا في سمك النتو الصاعد من الفك شبيها بالورم العظمي وقد شوهد من الاسنان ما اصوله بارزة الى الخارج نحو اللثة واكليله مختفي في المنبت نحو قعر السنخ ولا يتسبب عن ذلك عوارض رديئة في بعض الاشخاص وقد يحصل منه في بعضهم الم والتهاب وخراج ولا يعلم ان ذلك منه الا بفتح الخراج ولا تزول هذه العوارض الا باستئصال السن المعيب الوضع وعدم انتظام وضع الاسنان لا يكون دائما بخفائها بل منه ما هو بكون بعضها موضوعا في الفك وضعا افقيا بحيث يتعب اكليله اللسان واللثة والخدين ومنه ماهو بكون بعضها نابتا في سقف الحنك وكل ذلك ينبغي استئصاله ومنها ماهو بكون الاسنان متقاربة جدا بحيث يلتصق بعضها زمن ظهوره بالبعض الاخر اما باصله او باكليله *ومن عدم انتظام الوضع الاتجاه المعيب في الاسنان بان تتجه الى الامام او الى الخلف او الى احد الجانبين او تلتوى فيكون جانبها الى الامام ولا يكون هذا الاتجاه المعيب في النبت الاول الا نادرا ويكثر في الاسنان المقدمة في النبت الثانى وسببه فيه عدم تناسب حجم الاسنان مع المسافة المشغولة بها او تأخر سقوط بعض الاسنان الاولية او وجود سن يشغل المسافة التي كان حقها ان يشغلها السن الدافع او وجود سن زائد او نحو ذلك واذا اتجه سن اتجاها رديئا اثر تأثيرا شنيعا في وضع الاسنان المجاورة له وربما حصل في الاسنان المقابلة عدم توافق في الانطباق وقد يحصل من ذلك آفة في اللسان او في الخدين والذى ينبغي لمنع هذا الاتجاه الردئ في زمن النبت الثانى اذا ظهر امام الاسنان القواطع العليا او السفلى او خلفها بعض ورم مؤلم ولم تتحرك الاسنان الاولى ان تقلع لتخلية الطريق الى بروز الاسنان التي تأتي بدلها واذا كانت الاسنان الجديدة عريضة جدا لا تسعها المسافة ينبغي قلع واحد منها ولكن هو الذى يحصل منه التشوه بالاكثر فيقلع الضرس الاول من الاضراس الصغار مراعاة لاستقامة الناب وبقاء الناب

ومنه الاتجاه المعيب

مراعاة للسن الغليظ من القواطع وهكذا الا اذا كان هذا السن خارج عن الصف بالكلية فالاولى قلعه * ثم انه قد يكثر بروز الاسنان المقدمة العليا او السفلى الى الامام وكذا قوس سنابت الاسنان وتختص هذه الحالة ببعض القبايل وقد تكون موروثة وغالبا تكون من اعتياد الاطفال على مص الاصبع او اللسان او خرقة مع الشد الى الامام فيحصل من ذلك هذا التشوه وكذا يحصل منه تحرك الاسنان وسقوطها فينبغي منع الاطفال من ذلك والمعلمون رأوا في هذه ان يستأصل الضرس الصغير من كل فك ثم يضغط قوس الاسنان من الامام الى الخلف ولكن هذا لا ينفع الا في الصغار * واعوجاج الاسنان الى جهة الخلف عيب في التركيب فاذا كان ذلك في الاسنان المقدمة حصل منه تشوه وتعب في التلفظ وذوبان الطلا قبل اوانه من الجهة المقدمة وقد يحصل من ذلك ايضا تقرح في اللثة السفلى من ملامسة الاسنان العليا لها ففي ذلك ينبغي ان يبرد حد الاسنان وعدم موافقة انطباق قوسي الاسنان يعلم من كون الاسنان العليا خلف السفلى عند انطباق الفكين على بعضهما وفي هذا التشوه قد تبرى الاسنان العليا من الامام ومتى كان هذا التشوه حاصلا من كون الفك الاسفل اكبر من الاعلى فلا معالجة له فان كان من كون الاسنان القواطع العليا خلف السفلى امكن معالجة ذلك بجذبها الى الامام بواسطة صفيحة منحنية توضع على القواطع السفلى فتنزلق القواطع العليا من عليها الى الامام عند انطباق الفم

وامّا الثالثة وهي تحرك الاسنان او خلعها او كسرها فكثيرا ما يصيب الاسنان لطمة او ضربة شديدة يحصل منها ارتجاج ينشأ عنه تحركها فاذا بقيت اللثة سليمة من ذلك ذهب تحركها وتثبتت في زمن قليل غير انه ينبغي ترك ما يوجب التحرك كالمضغ ودفعها بطرف اللسان ومعالجتها كمعالجة الخلع المتسبب عن الاسباب البادية وسيأتي على الاثر * وخلع الاسنان ينقسم الى ما هو ناشئ عن اسباب خارجة والى ما هو ناشئ عن امراض اخرى والاول اما كامل او غير كامل في سن واحد او اكثر والخلع اما ان يكون بسيطا او مصحوبا برض او بجرح في اللثة او بكسر في حوافي الاسناخ او في جسم الفك واللثة اما سليمة او غير سليمة فهذه الاقسام

ومنه بروزها الى الامام

ومنه اعوجاجها الى الخلف

الثالثة تحركها

او خلعها

كلها تنفع فى الانذار غير ذلك ينتج ان السن المخلوع خلعا غير كامل اذا وضع حالا
فى محله نبت وعاش ولا نجزم انه اذا انخلع خلعا تاما واريد ارجاعه فى جوف سنخه
ينبت ويعيش وعما يعين على تثبت السن بعض تثبيت ان تجمع اللثة وحوافى ثقب
المنبت عليه وزعم بعض المعلمين ان دورة الدم تكفى فى تثبيت السن ومعيشته
وعلى كل حال فلابد من ترجيع السن ويعلم الخلع الغير الكامل من تحرك السن
وارتفاعه عن بقية الاسنان ومعالجة هذه العلة بثلاثة اشياء الاول رد السن
الى محله بالسبابة والابهام ثم تقريب اللثة والمنبت وكبسهما على عنق السن واصله
برفق والثانى صونه عن التحرك بصفيحة من رصاص توضع على السطح المقدم
للاسنان وتثبت على الاسنان المجاورة للمخلوع ويمنع الفكان من تقاربهما
بصفيحة من خشب او عاج توضع بين الفكين على الاضراس ويؤمر المريض بمنع
لسانه عن تحريك السن المخلوع ويعطى من الاطعمة ما لا يستدعى حركة مضغية
والثالث تدارك او مقاومة جميع العوارض الالتهابية بالاشياء المضادة للالتهاب
الموضعية والعامة واذا بقيت العوارض بشدة وكان سببها وجود السن فينبغى
استئصاله واذا كان الخلع تدريجيا عقب امراض كان قليل الالم او عديمه
والاسنان المخلوعة خلعا غير كامل لا تزال نافعة فى المضغ وينشأ من خلعها تشوه
وعسر فى التكلم ومعالجة ذلك تكون بحسب المرض الذى نشأ عنه خلع السن
واذا تم الشفاء فلا ترجع الاسنان الى استقامتها الطبيعية) وكسر الاسنان هو تفرق اوكسرها
اتصال فيها لعلة فى جوفها ويكون بالعرض وبالطول والوارب فى اكليلها
او عنقها او اصلها وذلك قد يكون عن استعداد مرضى يهيئ الاسنان للكسر
بسهولة من غير عنف والم وعلة معلومة ويكون غالبا من ضربة او سقطة او ملاقاة
جسم صلب انطبق عليه الفكان بقوة شديدة فاذا كان الكسر فى عنق السن فقط
او فى اصله رجى عوده وابقاؤه بضم الجزء المكسور الى اصله فان ذلك قد يتم وينبغى
ان تعان الطبيعة بعد ضم الجزء المكسور الى اصله بمنع تحركه بواسطة صفيحة
من رصاص ترتكز عليه وعلى الاسنان السليمة المجاورة له وينبغى ايضا تقصير
الاسنان المقابلة له بالمبرد لتمتنع ملامستها له وان كان الكسر بالعرض وحاصلا

فى اكليل السن بقرب العنق فينبغى كى العصب السنى لمنع التسوس ويوضع سن بعدو رمن سالت وان كان الكسر بالطول ووصل الى اصل السن فلا يمكن ابقاؤه ولا تثبيته وان انكسر سن فى زمن النبت الاول فينبغى استئصاله لتدارك الالتهاب وما يحصل عقب الكسر ويجب قلع سن مكسور باق فى منبته ان كان سن صاحبه من اثنى عشر الى عشرين سنة والاسنان المجاورة للمكسور اذا تقاربت حصل منها سد الخلو الحاصل بعد زوال السن المكسور

الرابعة انبراؤها

واما الرابعة وهى انبراء الاسنان البطىء الكائن على نسق واحد فى جميعها فهو امر طبيعى حاصل من حركة المضغ فليس حالة مرضية فان كان فى الصغار وحاصلا بسرعة لا على نسق واحد فهو حالة مرضية وسبب الانبراء العارضى خبث تركيب الاسنان وكثرة صريرها والاستياك بالمسحوقات الجامدة المتخذة من جواهر حامضة والاعتياد على مضغ الاغذية الجامدة ومداومة المضغ على جانب واحد واستعمال الاقلام الاسطوانية الصلبة فى جبقات الدخان ثم ان الجزء الحاصل فيه الانبراء لا ينمو اصلا غير انه مع كثرة استعماله يحصل فى تجويفه صلابة عظمية تصيره عديم التألم وكثيرا ما تصير الاسنان المبرية ذات حس كثير بملامسة الاجسام الباردة والحارة وتتضرس وتتألم والتسوس لا يكون فى الجزء الذى حصل فيه الانبراء وجميع ما ذكر فى الانبراء العرضى من الاسباب يكفى التمسك به فى التحرز عن اغلب هذه العوارض لتداركه ويزاد على ذلك ان الاشخاص الذين معهم الصرير فى النوم ينبغى لهم ان يضعوا كرة صغيرة من قطن بين الاضراس والسن الطويل الذى يحك فى مقابله يؤخذ زائده بالمبرد واذا انبرى السن وصار مؤلما قطع واذا تفتح جوف سن من الانبراء ادخل فيه الرصاص الا ان كان هناك سيلان مادة واذا تخالفت الاسنان فى الطول بسبب الانبراء وحصل من ذلك آفة فى الاجزاء الرخوة المجاورة لها احسن تسويتها بالمبرد

الخامسة تفتتها

واما الخامسة وهى تفتت الاسنان فهو تفرق اتصال فيها غائرا وغير غائر لكنه لا يصل الى جوفها وذلك يحدث عن الصرير او التشنج او مصادمة جسم صلب او تأثير مبرد ونحو ذلك والتفتت يغير نضارة الاسنان وشكلها ويصيرها فى بعض

الاحيان

الاحيان تتألم من مماسة الحار والبارد سيما الحوامض وحيث يكون التفتت
فلا يكون التسوس واذا حصل من التفتت تسوس سوى بالمبرد

السادسة زوال

واما السادسة وهى زوال طلاء الاسنان فينقلب تنوعه الى ثلاثة انواع الاول
يبتدئ بنقط سمرا وسودا على سطحها المقدم اوعلى زواياها كليلها ويحصل غالبا
من مماسة سن مسوس اومتقرح اومن التهاب الاجزا الرخوة وهذه تقف من ذاتها
متى بعدت المماسة عن السن المصاب والثانى يعرف بزوال نضارة الاسنان
وبافراط بياضها فى الجزء المصاب والثالث يكون فى الابتداء قليلا ثم يزيد فى العمق
والعرض شيأ فشيأ وهذان الاخيران يظهر انهما يحصلان من تأثير الجواهر
الحامضة المستعملة فى المشروبات او الاتية من المعدة ويحصلان ايضا من تهيج
مزمن فى المعدة اوفى باطن الفم والمعالجة تكون على حسب هذه الاسباب

السابعة تسوسها

واما السابعة وهى تسوس اجسام الاسنان واصولها فمن المعلوم ان التسوس
مرض عام فى جميع العظام لكنه يكثر فى الاسنان خصوصا اسنان الصغار والشبان
والاناث مستعدون له اكثر من الذكور ويندر بعد الخمسين سنة واسباب التسوس
كثيرة فقد يكون من استعداد خصوصى فى الاسنان وهو كونها ذات رخاوة
وسريعة التفتت اومن تهيج فى الاعضاء الباطنة من الفم والات الهضم اومن نوازل
متوالية فى اللثة اومن احتباس عرق معتاد خروجه اومن رض اوكسر اومن كثرة
استعمال الاطعمة والاشربة الحامضتين اومن الاعتياد على تناول الاطعمة
الحارة جدا او المشروبات الباردة جدا فى وقت واحد اوغير ذلك وقد شوهد كثرة
التسوس فى سكان الاماكن المنخفضة الرطبة الآجنة والتسوس يكون فى اكليل
الاسنان اكثر من اصولها والاضراس اكثر قبولا له من بقية الاسنان ويبتدئ
غالبا فى جوانبها واسنان الفك الاعلى اكثر قبولا له من اسنان الفك الاسفل وقد
يتفق ان اسنانا متقابلة فى جهة واحدة من الفم اوسنين متشابهين فى فك واحد
من جهتين تتسوس فى زمن واحد والتسوس لا يبتدئ اصلا من قرب جوف
الاسنان ولا من عنق سن عار عن اللحم ولا اصله وتسوس الاسنان يمتاز الى جاف
ورطب وظاهر وباطن

تسوس الظاهر

* فالظاهر يبتدئ بنقطة سمراء فى جزء من السن

تذهب معها نضارة الطلاء الطبيعية اوتزال بالكلية ويظهر تجويف يكثر اويقل عمقه ثم يزول جزء من السن وتتصاعد منه رائحة منتنة ويحدث الم شديد متقطع فى مدد طويلة اوقصيرة من ذات السن اومن مماسة جسم غريب له اومن تأثير الحار والبارد * والتسوس الباطن فى السن يظهر بنقطة سمراء بدون ان يتغير طلاؤه اوتتصاعد منه رائحة منتنة اويكون فى سطحه تفتت بل يوجد فى سمكه حفرة سوداء جافة لا حس فيها فاذا كان التسوس سطحيا غير غائر بحيث لم يصب الا الطلاء اوجزأ صغيرا من السن ولم يصل الى تجويفه وجبت ازالة المتسوس بالمبرد اونحته بالنحاتة فان كان فيه تجويف وفتحته ضيقة رصعت لمنع نفوذ الاطعمة والهواء فيها واذا كان التسوس جافا فمماسة الاطعمة الحارة والباردة للسن ينشأ منها الم شديد وعلاجه ماذكرنا بعد كى الخيط العصبى الداخل فى باطن السن واذا كان السن المتسوس مؤلما اوكان الداء فيه غائرا وتسيل منه دائما مادة منتنة وجب استئصاله اوازالة الجزء الذى حصلت منه تلك الاعراض وثقب حفرته بنحو مسمار ووضع قطن مغموس فى سيال عطرى اوسدها بقطعة من شمع

التسوس الباطن

الثامنة التهاب سنخها

واما الثامنة وهى التهاب غشاء سنخ الاسنان فقد يكون حادا وقد يكون مزمنا والمستعد لذلك النساء عقب الولادة فالالتهاب الحاد ينشأ من تأثير الهواء البارد اوغسل الرأس بالماء البارد اواحتباس العرق اوغير ذلك ويبتدئ بالم خفيف ثم يصير حادا اذا ضرب ان فى سن يظهر انه سليم ثم ترم اللثة وتحمر وتؤلم وقد يمتد الورم الى الخد وهذا الالتهاب ينتهى بالتحلل اوبالتقيح فتنبغى مقاومته بالغراغر الملينة والمخدرة ووضع العلق على اللثة وبالمشروبات الملينة وبوضع الرجلين فى سيال مصرف والالتهاب المزمن يكون من تهيج معدى قليل الالم ينشأ عنه سيلان مادة منتنة من بين الاسنان واللثة فينكشف السن من اللحم ويتحرك ويعسر الشفاء من ذلك فى الغالب وعلاجه اولا قطع الاسباب ثم مقاومة الداء الموضعى بوضع العلق والحجامة وبعد تسكين الالتهاب تستعمل الغراغر المرة اوالقابضة اوالمتخذة من الارواح اوالمضادة للاسكربوط وعلاج هذا الداء يختلف بحسب اختلاف اسباب

المرض

المرض وتنبغي اعانته بالمنفطسات والكي وبكل ما يحدث التقيح

التاسعة اوستويت الاسنان

واما التاسعة وهي اوستويت الاسنان اعنى الورم العظمى فيها فيكون غالبا فى اصولها فتارة يكون فى جميع طول الاصول وتارة وهو الغالب يكون فى جزء منها وينشأ غالبا من استحالة سمحاقها الى العظمية ويصيب سنا واحدا او اكثر وربما اصاب الجميع ولا يعرف الا بعد استئصال السن ويستدل عليه قبل الاستئصال بالالم الشديد الغائر وبانتفاخ سنخ السن ويقاوم هذا الداء فى ابتدائه بالوضعيات الموضعية الملينة والمخدرة وبالفصد الموضعي وبالمسرفات فان استمر الالم قلع السن

العاشرة نكروزيس الاسنان

واما العاشرة وهي نكروزيس الاسنان الذى هو موت عظم السن فيكون عقب التقيح وفساد منبت السن وينشأ غالبا من التهاب مزمن او غنغرينى فى الاجزاء الرخوة المحيطة بالسن وربما نشأ من تأثير الاجسام البادية والاسنان المصابة بهذا الداء يذهب لونها الطبيعي وتتحرك وتسقط من ذاتها وقد تبقى موضوعة فى منابتها ويسيل منها دائما مادة منتنة وعلاجه استئصال السن

الحادية عشر التهاب العصب السنى

واما الحادية عشر وهي التهاب العصب السنى فيكثر فى الاسنان المتسوسة ويقل فى غيرها وعلامته الم حاد يزيد عند قرع الظفر عليها برفق ولا يمتد فى ابتدائه الى اللثة والفك فان استمر الى اليوم الثالث ولم يأخذ فى التناقص امتد الى جميع عصب الوجه وقد يزول دفعة واحدة بحيث لا يبقى الا الم خفيف وسبب هذا الالتهاب هو سبب التهاب غشاء اسنخة الاسنان وهذا الالتهاب يكون حادا ومزمنا ودائما ومتقطعا ويعالج بالاشياء المضادة للالتهاب فان استمر الالم كوى العصب وازيل بسهم حادا واستؤصل السن

الثانية عشر القشور الحجرية

واما الثانية عشر وهي القشور الحجرية فتحصل من افراز مرضى من اللثة او من تجمع اللعاب وهذه المواد تجمع فى الليل اكثر من النهار وتلتصق اولا على عنق السن ثم تنفذ فيما بين اللثة واصل السن واكثر تجمعها فيما بين الاسنان وتمتد على دائرا كليلها ولون القشور المذكورة يكون اصفر وسنجابيا واخضر واسود وتكون من قوام الجبن الى قوام الحجارة الجيرية وكثيرا ما تكون ذات صلابة شديدة وتكون

مع السن بجسم واحد وبعضها يتقشر عنه بسهولة واذا صارت هذه القشور ذات جسم وصلابة فانها تهيج وتقرح الخد والشفة واللسان وتحرك الاسنان وتبرزها الى الخارج وتحدث فيها رائحة منتنة ومنظرا شنيعا فينبغي لمنع تكونها تنظيف الاسنان والاستياك وغسل الفم بالماء البارد وغير ذلك فاذا تكونت ينبغي استئصالها مع الاحتراس الزائد على الاسنان سيما اذا كانت متحركة ومنكشفة من اللحم

الكلام على معالجة الاسنان

ينبغي للجراح ان يعرف اولا ان امراض الاسنان كثيرة تنشأ عن عدم تدبير المأكل وعن التهيج المعدى وثانيا ان العوارض اذا لم تكن صادرة عن وقعة اوضربة اوسقطة ينبغي مقاومتها بالاشياء المضادة للالتهاب وبالمخدرات والمصرفات ويجتهد في ابقاء السن المصاب ما امكن فان كانت صادرة عن ذلك فالعملية وحدها هي التي تزيلها وثالثا ان النواصير والاحتقانات المزمنة وتيبس الاعضاء الرخوة والتسوس وموت العظم الحاصلة من امراض الاسنان تستدعى اولا استئصال الاسنان وثانيا مقاومة هذه الامراض بالاشياء التي تقاوم بها اذا اصابت عضوا آخر من البدن * وقد بينا في كل مرض من امراض الاسنان العملية اللائقة به والمحتاج اليه هنا انما هو بيان كيفية اتمامها فنقول

عملية ازالة القشور الحفرية

اما كيفية عملية استئصال القشور الحفرية من الاسنان فتكون باستعمال الات من فولاذ منها ما شكله كالمنقار ومنها ما شكله كقلم النقاش ومنها ما شكله كالمنحت وغير ذلك وتكون هذه الالات حادة قليلا غير مسنونة لئلا تؤثر في قشرة طلاء الاسنان ثم يوضع المريض على كرسي غير مرتفع ورأسه مائلة الى جهة الخلف والالات تحت يد الجراح يأخذ منها ما تحتاج اليه العملية بحسب المواضع التي تكون فيها ويبدأ بازالة القشور المجاورة لعنق السن والتي تحت اللثة دائرا بذلك حول السن بالطول وهذه العملية تسهل اذا كانت الاسنان ثابتة فان كانت متحركة فلا بد من ان يسند السن بالاصبع وفي زمن العملية يسيل دم

من اللثة وعند انتهائها يمضمض المريض بالماء الفاتر الممزوج ببعض نقط من روح العرق المعطر ثم تسولك الاسنان بسواك لين او تمسح باسفنجة او تسنن بمسحوقات او بافيون ان احتيج اليه

ترصيص الاسنان

والعملية التي بها ينسد التجويف الحاصل من التسوس لمنع مماسة الهواء والاطعمة يقال لها الترصيص ونستعمل فيها الاوراق الرقيقة من القصدير والذهب والفضة غير ان اوراق الرصاص هي المستعملة كثيرا ويستعمل فيها ايضا الشمع والمصطكي الا ان الصلابة فيهما غير كافية وان لم يناسب ترصيص السن لوجود مادة فيه يكفي وضع قطعة من قطن مغموسة في ماء كولونيا او في سيال عطري اخر لتصون السن عن مماسة الهواء وتتشرب المادة السائلة وتمنع الرائحة الرديئة الحاصلة من التقيح وكيفية هذه العملية ان يجلس المريض على كرسي كما ذكرنا ثم يزيل الجراح جميع ما تمكن ازالته من الاجزاء المتسوسة بالنحاتة وينظف جوف السن بخوابرة يلف على طرفها قطنا ثم يأخذ قدرا كافيا من الاوراق الرقيقة جدا من رصاص اوقصدير اوذهب اوغير ذلك ويحببه بين اصبعيه بحيث يكون حجمه قدر التجويف ثلاث مرات ثم يدخل ما حببه بالمحرز الذي لا سن له شيأ فشيأ ويغمز عليه غمزا شديدا ليملأ به جميع تجويف السن وليكون ثابتا فيه دائما ثم اذا امتلأ هذا التجويف تزال الخشونة الحاصلة من المعدن الذي رصص به بالمبرد ويصقل سطحه بالمحرز وهذا الجسم الغريب ربما اتعب المريض بعض ايام ثم يتمرن عليه ولا يكاد يحس به وقد يحصل بعد الترصيص الم شديد فان استمر اخرج المعدن ثم ينتظر وقتا اخر اجود للترصيص

عملية برد الاسنان

وكيفية عملية برد الاسنان ان يجلس المريض كما ذكرنا والمساعد خلفه يثبت رأسه لتتم العملية باتقان فان اريد فصل الاسنان المتقاربة جدا فالمبرد ما به التلامس والمبرد المستعمل فيما اذا كان التسوس في سنين معا يكون مسطحا يبرد من الجهتين والمستعمل فيما اذا اريد برد سن واحد مبرد يبرد من جهة واحدة فقط والجراح يقف من جهة يمين المريض ويمسك المبرد بيده اليمنى ويسند باليسرى ويبعد بها الشفة واللسان لئلا يصيبهما وينبغي ان يكون مسك المبرد متقنا لئلا يزوغ منه

ويجربه بلطف مع تساوى حركاته ويبل المبرد حينا بعد حين لئلا يحدث من حركته حرارة تؤلم السن وان لا يصل بالمبرد الى عنقها لان ذلك يزيل ارتكاز السن على السن المجاورله فينشأ من ذلك تقاربهما ولا تنجح العملية ✻ وفائدة كى الاسنان

كى الاسنان بالحديد

زوال العصب السنى ليذهب الم السن بدون ان يعدم وهو اما بالجواهر الكاوية او بالنار وكيفية اتمام الكى بالحديد المحمى ان يجلس المريض كما ذكرنا ويأخذ الجراح مجسا منحنيا قليلا بسن اوبلاسن ويحميه فى نار شمعة حتى يبيض ثم يفتح فم المريض ويبعد باحدى يديه شفتيه ويمسك بالثانية المجس المحمى ويدخله بسرعة غايصا به فى التسوس وقد يحتاج الى اعادة الكى مرات ويستدل على نجاح العملية بادخال الماء البارد فى الفم من غير ان يحصل منه الم فى الحال فان حصل فالعملية غير تامة وبعد اتمام الكى تغسل الاجزاء المكوية ويملأ التجويف قطنا مغموسا فى ماء ممزوج بروح ويشف فان امكن بعد ذلك ترصيصه فعل ولا ينبغى كى الاسنان بالنار مع وجود الالم لان ذلك يزيده بل يكون بعد زواله

كيها بالجواهر

والكى بالجواهر الكاوية يكون غالبا بانواع القلى الكاوية وبحمض الكبريت وبحمض ملح البارود فتؤخذ كرة صغيرة من قطن وتغمس فى هذه الجواهر وتوضع فى التجويف الحاصل من التسوس فيزول بها عصب السن الناشئ منه الالم وينبغى الاحتراس الزائد عن اصابة هذه الجواهر اللسان وباطن الفم ثم ان فائدة استعمال هذه الجواهر ازالة الالم فى الحال الا ان الاحسن منها استعمال الحديد المحمى

ازالة العصب بالسهم

واذا لم يستعمل الكى فى ازالة العصب السنى ازيل بالسهم الحاد فانه ينفع خصوصا فى الاسنان الغير المتسوسة وكيفيته ان يأخذ الجراح مجسا حادا قاطعا ويدخله فى المجرى السنى غايصا به فيه ويحركه حتى يزول العصب

آلات قلع الاسنان

والالات المستعملة فى قلع السن مفتاح جرانجو والكلبتان المستقيمة والكلبتان المنحنية والجبعة ورجل الايل والرافعة المستقيمة والطاردة وغير ذلك فمفتاح جرانجو يستعمل فى قلع جميع الاسنان خصوصا الاضراس الكبار والكلبتان المستقيمة والنصف منحنية يستعملان فى قلع الاسنان القواطع والجبعة تستعمل

استعمال الكلبتين

في خصوص الاضراس وبحل الآتي والرافعة المستقيمة والطاردة لاتستعمل الا في قلع الاصول التي لايمكن مسكها لتغطيتها باللثة * وكيفية استئصال الاسنان القواطع والانياب بالكلبتين ان يجلس المريض كما ذكرنا ويمسك الجراح الكلبتين المستقيمة بيده اليمنى ويقبض بهما على السن المراد قلعه قبضا لايتجاوز به حد العنق من غير حصر عليه لئلا يفتته مع الاحتراس عن اصابة اللثة ثم يحرك السن برفق تحريكا استداريا يمنة ويسرة قليلا ثم يجذبه على الاستقامة وبهذا يتم استئصاله

استعمال مفتاح جر

وكيفية استعمال مفتاح جرانجو في قلع الاسنان ان يجلس المريض كما ذكرنا والجراح يقف قبالته ويمسك المفتاح فيما بين السبابة والوسطى من اليد اليمنى بحيث تكون يد الالة في بطن الكف ثم يدخله في فم المريض من الجهة الباطنة لعنق السن بعد ان يلف على عقب الالة خرقة ويركزه على سطح اللثة الظاهر امام طرف اصل السن فان كان من الفك الاعلى ثبت بابهام اليد اليسرى كلاب الالة على السطح المذكور وان كان من الفك الاسفل ثبته بالسبابة من اليد المذكورة ثم يدور بالالة على السن نصف دورة درجية من الداخل الى الخارج برفق حتى يتم استئصال السن واذا لم يتم خلعه بالة جرنجو بل بقي معلقا تمم بالكلبتين المستقيمة او المنحنية وفي قلع الاضراس الاخيرة يركز الالة على السطح الباطن للثة ويقلب السن بالالة من الخارج الى الداخل وبهذا يتم قلعه وكيفية مسك المفتاح باليد تختلف باختلاف الاسنان التي يراد قلعها فتكون اليد منقلبة على ظهرها في قلع الاضراس السفلى من الجهة اليمنى والعليا من الجهة اليسرى ومنبطحة في قلع الاضراس السفلى من الجهة اليسرى والعليا من الجهة اليمنى واذا كانت الاضراس متحركة قلعت بالكلبتين المنحنية فتمسك الالة باليد اليسرى ويحرك بها السن برفق حتى يستأصل على الاستقامة ووقوف الجراح يكون قبالة المريض من الجهة اليمنى اذا كانت الاسنان المقطوعة من الجهة اليسرى فان كانت من الجهة اليمنى وقف قبالته من الجهة اليسرى

قلع جذور الاسنان

واذا اريد استئصال اصول الاسنان وكانت ظاهرة بقدر ما يمسك فيها كلاب

مفتاح جرانجو وقلعت به فان كانت غايرة ومخفية فى اللثة استعمل فيها رجل الابل
والطاردة او الرافعة وقد تحدث عوارض تستدعى شق اللثة اوكسر جزء صغير
من الجهة الظاهرة من المنبت لكشف اصول الاسنان واذا احدث نزيف وافر
عقب استئصال سن ينبغى له عملية السد بنسالة مغموسة فى ماء قابض اوبقطعة
من شمع لين تكون على شكل هيئة منبت السن فان لم يكف ذلك كوى بالحديد
المحمى

واذا سقط سن او اكثر حصل من خلو محله تشوه ونقص فى اتقان الكلام وعسر ... تجمل اسنان مصنوعة
فى المضغ فينبغى لازالة ذلك وضع اسنان مصوغة فى مكان الساقط وصناعة
وضعها وتثبيتها اخترعها ناس فى اوربا لا يعالجون من الامراض الاسنان
ولا يعملون الا العمليات الخاصة بالفم ويقال لهم المسننون وقد بلغت هذه
الصناعة غاية الاتقان من حيث انه يمكن وضع سن مصنوع يقوم مقام السن
الطبيعى فى جميع وظائفه وتتخذ هذه المصنوعة من جواهر مختلفة ويقال انها
تصنع من عظام جميع الحيوانات كالعاج واسنان الخيل واسنان الاسن
وهو حيوان يعيش فى البر والبحر وغير ذلك ولكن الاجود على الاطلاق اسنان
البشر والغالب ان تكون هذه المصنوعة بدل القواطع والانياب وربما كانت بدل
الاضراس وقد استعملوا التثبيتها جملة طرق سواء كانت سنا واحدا او اكثر والجميع
فى فك واحد او فى الفكين معا * وينبغى فى وضع الاسنان ذوات العقب ... سن بعقب
ان تكون الاصول المتسوسة او المنكسرة باقية فى موضعها فتسوى بالمبرد ويزال
من جوفها العصب بما ذكرنا ثم يؤخذ سن بشرى ويبرد حتى يصير على شكل
السن الاصلى وينشر اصله ويحفر ثقب فى طوله من جهة القطع ليوضع فيه عقب
من ذهب او فضة يدخل احد طرفى ذلك العقب فى السن الجديد ويترك الطرف
الثانى بارزا ليلف عليه قليل من الحرير ويدخل فى القناة السنية من الاصل
القديم ولكون الحرير فى الاصل جافا يتشرب بعد دخوله فى المنبت رطوبة
فينتفش ويحصل بذلك تثبت السن * واذا كان اصل السن معدوما واريد ... سن بمشبك
وضع سن مصنوع كانت العملية عسرة وهى ان يؤخذ قالب خلو السن المعدوم

وقد لـ

وقالب السنين او الثلاثة المجاورة له في شمع لين ويسكب فيه بعد دهنه بنحو زيت جبس ناعم محلول في الماء فيجمد هذا الجبس ويصير قالبا محكما للجهة التي يراد وضع السن فيها ثم يصنع السن على قياس هذا القالب ويوضع وضعا محكما في المحل الخالي ثم تؤخذ صفيحة صغيرة من ذهب وتثبت على السن المصنوع من جهته الخلفية بمسمار صغير داخل فيه وطرفا هذه الصفيحة يرتكزان ويثبتان على السنين المجاورين للسن المصنوع بواسطة ثقب في كل طرف ينفذ فيه خيط شمع او سلك معدني وهذه العملية كما تكون في سن واحد تكون في اسنان كثيرة واذا كانت اسنان الفك معدومة بالكلية غير انه يوجد فيه بعض اصول تكفي في وضع الاعقاب امكن حينئذ وضع الاسنان المصنوعة بسهولة واذا عدمت اسنان الفكين معا واريد وضع اسنان مصنوعة فيهما جمع الطرفان مع بعضهما بسلك ملولب من ذهب قابل للانقباض والانبساط ويسمى اللولب الحلزوني فاذا وضعت وضعا محكما على منابت الاسنان وثبتت باللولب ثبوتا قويا امكن استعمالها في المضغ كالاسنان الطبيعية وقد يحصل من وضعها على الكيفية المذكورة الم وعوارض التهابية فينبغي حينئذ رفعها حتى تزول تلك العوارض ثم تعاد ولو اطلنا الشرح في ذلك على ما تقتضيه الصناعة في ايضاح جميع كيفيات وضع الاسنان المصنوعة لما كان يكفينا في ذلك مجلد كامل ولكن اكتفينا بهذا التوضيح الوجيز وقد تم الكلام على الاسنان

المبحث الخامس في آفات الخدين واعضاء اللعاب

الجروح

امراض الخدين ثلاثة الجروح والاورام والنواصير * فالجروح فيهما تعالج بتقريب حوافيها وحفظ ذلك باللزقة اللزجة ولا تحتاج الى الخياطة الا اذا امتدت الى زاويتي الفم فتحتاج الى غرزة خياطة بقرب هذا المحل لمنع التشوه واذا حصل انفصال في القناة اللعابية وخشي منه تكون ناصور في القناة اللعابية فليحترس من ذلك بفتح مجرى في الفم للعاب ومنع خروج اللعاب من الجرح الظاهر بوضع جسم غريب فيما بين شفتي الجرح من الباطن كبعض نسالة تثبت فيه بخيط

يمر من الباطن الى الظاهر واذا كان الجرح غير شاغل لسمك الخد كله فينبغى ثقبه فى المحل المحاذى لافة القناة اللعابية * والاورام فى الخدين تنشأ كثيرا من تأثير الهواء والم الاسنان واحتباس العرق ومعالجتها تكون بالاشياء التى تستعمل فى جميع التجمعات الدموية * واذا كان مع جرح الخد زوال الجوهر واندملت كل حافة من حافتى الجرح على حدتها كان هناك ثقب يسيل منه اللعاب الى الخارج بمقدار وافر عند الاكل او التكلم ويزال هذا التشوه بتدمية الحافتين ثم انضمامهما بالخياطة اللفية واذا لم ينفذ الجرح فى سمك الخد والتحمت الحافتان من الظاهر منفصلتين نتج تشوه ايضا فيزال هذا التشوه بالتدمية والانضمام ايضا فان نفذ وكان معه زوال جوهر كبير بحيث تكون العملية المذكورة غير نافعة فينبغى وضع سدادة فى الفتحة الغير الطبيعية مركبة من صفيحتين منضمتين بواسطة عنق فيهما او وصل بينهما او الظاهرة منهما تصبغ بلون المحل الذى هى فيه من الوجه

الاورام

النواصير

الكلام على آفات اعضاء اللعاب

من جملة امراض الغدة المسماة بالنكفة نواصير فى نسيجها والاورام الاسكيروسية فيها والحصى اللعابى ونواصير قنواتها والنغدع * فالقروح القديمة والجروح الجديدة التى تصل الى نسيج النكفة يعقبها كثيرا آفات فى بعض الفروع الدافعة للافراز من الغدة وناصور لها فى خلف زاوية الفك ومعالجة هذا الداء تكون بانضمام حوافى الجرح ثم بالضغط عليها او على الغدة ضغطا شديدا ليحصل الالتحام ثم يؤمر المريض بالحمية القوية بعض ايام ويبعد عنه جميع الاشياء التى تنبه قابلية الاكل وتوقظ حركة افراز اللعاب المراد منعه فان لم ينفع ذلك او كان الجرح متسعا جدا بحيث لا يمكن ان تتقارب حوافيه كوى الجرح بالحديد المحمى او بجوهر كاو قوى او ضعيف ليحدث فى سطح الجرح التهاب فيحصل منه التحام القنوات اللعابية الظاهرة

نواصير النكفة

واذا صارت النكفتان فى حالة ايسكيروسية وتألمتا جدا ومنبهتان على هلاك

ايسكيروس النكفة

المريض لمنعهما حركة التنفس والازدراد بضغطهما الاوعية الغلاظ المجاورة لهما فينبغى ان يستأصل الورم بشرط ان لا يكون امتد وغار جدا الى ان اصاب السباتيين والاعصاب المجاورة لهما وكيفية العملية ان يكشف الورم بالنوع المناسب من اشكال الشق السابقة وابتداؤه من الاذن الى قاعدة العقلة ثم يسلخ الجلد من اسفل الى اعلى ومن خلف الى امام لرفع الورم وقلبه على الحد نشيأ فشيأ وكل ما فتح من الاوعية يربط ومن الامور الخطرة ان يكون سرطان النكفة لاقيا على الشريان السباتى فينبغى حينئذ ربط هذا الشريان من اسفل ومن اعلى وعملية استئصال الورم من اعظم عمليات الجراحة واستعملت بعض مرات فحصل منها نجاح ولكن لكونها خطرة جدا لا تستعمل الا عند شدة الاضطرار اليها وذلك عندما تكون حياة المريض سريعة الهلاك

وجود الحصاة فى قنوات اللعاب

وتكون الحصاة فى القنوات اللعابية نادر جدا وحينئذ فتستأصل من الجهة الباطنة من الفم بشق الكيس المحتوى عليها وكيفية ذلك ان يغمز على الحصاة الى الداخل مع شد زاوية الفم الى الخارج ثم يؤخذ مشرط ملفوف على نصله خرقة الى قرب سنه ويشق بسنه الكيس شقا كافيا لخروج الحصاة فان كانت مغطاة بالجلد فقط وكان محاذيها سامنه مفتوحا فينبغى توسيع الشق لاخراجها ثم يعالج الجرح بما هو معلوم

نواصير قنات النكفة

واذا انفتحت قناة النكفة فى جروح الخد سال منها سيال صاف لا لون له يزيد عند التكلم والمضغ ولمعالجة هذا الناصور ثلاث طرق جراحية * الاولى اذهاب داء القناة وارجاعها الى حالتها الطبيعية الاصلية الثانية حبس افراز اللعاب الثالثة احداث ناصور باطنى يقاوم الناصور الظاهرى ليتحول اللعاب فيه حتى يتم التحام الناصور الظاهرى * ولاتمام العملية الاولى ينبغى اولا

لشفاء النواصير ثلاث طرق

الاولى المعالجة

ليتحقق ان الفتحة الباطنة للقناة ليس فيها عايق ان يدخل فى الجرح مسبر ذو زر يوضع موجها من الخلف الى الامام ومن الظاهر الى الباطن ومن اعلى الى اسفل قليلا على حسب اتجاه القناة وينبغى ليصل المسبار الى الفم ان يمد الخد حتى يزول التحدب الحاصل من طرف القناة فان كان هناك جسم غريب ساد للقناة

ومانع النفوذ فيها يؤدر باخراجه واذا كانت القناة ضيقة دخل المسبار فى الجرح الى ان ينفذ فى الفم لاجل ان يعمل خزام فى الجرح بان يربط على اعلى زره خيط حرير ويسحب المسبار مع الخيط ثم يحل الخيط من المسبار فيبقى الخيط فى الجرح واحد طرفيه من الجهة الظاهرة والطرف الثانى خارج من الفم فيربط فيه بعد ترك جزء منه فتيل من قطن او نسالة ويسحب الطرف الذى فى الجهة الظاهرة حتى يدخل الفتيل فى نحو ثلثى القناة من الباطن والطرف الظاهر يثبت فى طربوش المريض والطرف الخارج من الفم يثبت بقرب زاوية الفم بقطعة من صندل مصمغ ويزاد فى حجم الفتيل تدريجا بالحدث فى القناة اتساع طبيعى ثم اذا سلكت القناة تكوى حوافى الناصور بالحجر الجهنمى ويوضع على الخشكريشة لزقة لزجة او قطعة من صندل مصمغ ويؤمر المريض بالحمية نحو عشرة ايام او اثنى عشر وباطباق فمه وبالتحرز عن جميع ما يثير افراز اللعاب وهذه العملية فى الغالب لا يحصل منها ثمرة * واما تفرق الاتصال السايل منه اللعاب فيكون بضغط القناة النكفية من الخارج ليحتبس اللعاب ولا يخرج منها فيحصل الالتحام ولكن هذه العملية عسرة جدا لعدم امكان الضغط المحكم على الدال

الثانية حبس اللعاب

* وفى عملية احداث الناصور ينبغى ان يثقب الخد بآلة صغيرة تسمى المبزلة وهذه الآلة تكون متغمدة فى انبوبتها وتدخل فى الجرح الظاهر من الخد دخولا معوجا وتنفذ فيه على حسب اتجاه القناة وينبغى التحرز عن اصابة الحافة المقدمة للعضلة المضغية ويربط فى الانبوبة خيط من حرير ثم يسحبان معا ويحل الخيط من الانبوبة فيبقى فى الجرح واحد طرفيه من الظاهر والثانى خارج من الفم ثم يربط فى هذا الطرف الثانى بعد ترك جزء منه فتيل من قطن او نسالة ويسحب الطرف الذى فى الجهة الظاهرة حتى يدخل الفتيل فى نحو ثلثى القناة من الباطن ويزاد كل مرة حجم الفتيل على التدريج وهذا كله مع تثبيت الطرفين نظير ما سبق فى عملية اتساع القناة ثم اذا فارقت القناة الغير الطبيعية الالتحام تكوى حوافى الجرح الظاهر وتضم باللزقة اللزجة

الثالثة احداث ناصور آخر

والضفدع ورم يكون اسفل اللسان ويكون من تجمع اللعاب فى قناة الظاهرة

الضفدع

للغدة اسفل الفك ويقال لها غدة اسفل اللسان وسموا هذا الورم بهذا الاسم اما لكونهم ظنوا شبهه بالضفدع اولان المصاب به يتكلم بعسر ويكون فى صوته بحوحة شبيهة بصوت الضفدع وهذا الداء يغلب فى الاطفال وسببه سد القناة اللعابية السفلية للغدة تحت الفك وهذا الورم رخو متموج قليل الالم وربما كان من جانب واحد اومن الجانبين وربما عظم حجمه فيدفع الاسنان الى الامام واللسان الى الخلف فيعسر الكلام والمضغ والازدراد والتنفس وغير ذلك وجدار كيس الضفدع تارة يكون سميكا وتارة يكون رقيقا ويحتوي على لعاب كثيف سنجابى اللون اواصفره ثم ان الغالب ان يكون سد الفوهة الظاهرة للقناة حاصلا من وجود حصاة فيها ومع ذلك يسهل وجود الفوهة الظاهرة المذكورة ولو كانت مفسدة بالحصاة وطريقة العملية لشفاء الضفدع تكون بفتحة يستفرغ منها السيال المتجمع فى الورم وهذه الفتحة تكون ناشئة من زوال جوهر يقص بالمقص المحنى على سطحه فان كان هنالك حصاة لعابية اخرجت ثم قرب جدار الورم ويتم الشفاء باستحالة الجرح الى ناصور وتكون هذه الفتحة من جهة اللسان اولى من ان تكون من جهة الاسنان القواطع لئلا يقذف اللعاب خارج الفم عند التكلم ولابد من ان يستدام فتح الجرح الحاصل فى الضفدع بوضع فتيل من نسالة فيه اوميل اواى جسم غريب كما صح ذلك بالتجربة لان سده يولد الداء ثانيا

المبحث السادس فى آفات اللسان وهى سبع

الاولى طول قيده فقد يولد الطفل وقيد لسانه ممتد من اصل اللسان الى طرفه وبذلك يثبت اللسان فى الجهة السفلى من الفم ولا يتمكن من رفعه ولا من تحريكه حركة الارتضاع فيتعذر عليه ان يلتقم حلمة الثدى اويعسر عليه ذلك وتعرف منه هذه الحالة بادخال الاصبع فى الفم فيدرك انه لا يقدر على مصه بلسانه واذا لم تعلم بذلك فليستقص بالاصبع جميع الجهة السفلى من اللسان وكذا يعلم ذلك بالمشاهدة وطريق عملية قطع القيد ان يفتح الجراح فم الطفل فان تعسر عليه فتحه فليمسك انفه برفق بين اصبعيه ليفتح فمه بالبكاء ثم يضع تحت لسانه صفيحة المجس القنوى

الاولى طول قيد

التي فيها فرجة يدخل فيها القيد ويرفع بالصفيحة اللسان فيتد القيد الداخل في فرجة صفيحة المجس ثم يأخذ مقصا مستقيما لاسن له ويدخل طرفيه تحت الصفيحة ويفصل الجزء الزائد من القيد وهذه العملية وان كانت اسهل العمليات الا انه شوهد منها موت المصاب بسبب جرح الشريانين الصرديين اللذين تحت اللسان وذلك يخفى في الطفل كثيرا لانه يمتص الدم السايل من الشريان ويزدرده كلما سال ولا يعلم ذلك منه الا بعد اليأس من شفائه وطريقة الاحتراس عن الشريانين ان ينكس طرف المقص قليلا وقت القطع واذا وقع هذا العارض ينبغي حالا وضع طرف ابرة محمية بالنار في فوهة الشريان الخارج منه الدم

الثانية التصاقه بجدران الفم — الثانية التصاقه بجدران الفم فقد يولد الطفل ولسانه لا يتحرك الحركات الخاصة به وذلك لالتصاقه باللثة او بالجدار الاسفل للفم وينبغي في ذلك فصل الالتصاق بالمقص او بالمشرط ذي الزر وتؤمر المرضعة بان تضع اصبعها مرات كثيرة فيما بين شفتي الجرح لمنع عود الالتصاق

الثالثة جروحه — الثالثة جروحه فاذا كانت جروح اللسان غير غائرة وغير ممتدة فلا تعالج بل تترك للشفاء من ذاتها فاذا انفصل معظمه فليحفظ بخياطة متقطعة يحصل بها تلامس الجزئين وانضمامهما ثم ان النسيج الوعائي ونسيج اللسان واللعاب المندى له على الدوام يهيئون الجرح للشفاء سريعا حتى في الجروح المتضاعفة

الرابعة انتفاخه — الرابعة انتفاخه الالتهابي فكثيرا ما يحصل في اللسان تجمع دم كثير يزيد منه جرمه في زمن قليل زيادة وافرة ويبرز خارج قوسي الاسنان ويملأ الفم فيرفع الهواء ويكاد المريض ان يموت مخنوقا من ضيق النفس وينبغي مقاومة هذا الداء سريعا بالفصد الموضعي وهو ان يشرط بالمشرط ثلاث شرطات او اربع طولا غائرة بمشرط مستقيم فيحصل منه استفراغ دم وافر يزيل ما فيه من الاحتقان ثم ان هذا التشريط لا يظهر بعد ذلك في اللسان الا كخدش صغير واما اذا كان الانتفاخ في هذا الداء قليلا فيكفي وضع نحو ثمان علقات او عشرة ثم تستعمل الغرغرة وبذلك يتم الشفاء

الخامسة زيادة حجمه — الخامسة زيادة حجمه زيادة عظيمة فقد يوجد من الناس من يكون لسانه [illegible]

كبير خلقة واذا اتجه اكثر الغذاء اليه ازداد حجمه جدا وكذا وجد منهم من يبرز لسانه خارج الفم بمقدار يظ كثيرة فيقلب اسنان الفك الاسفل ومنابتها ويتسبب عن ذلك اضاعة اللعاب خارج الفم وعسر ازدراد الاطعمة فيحصل فى البدن هزال مفرط واذا وجد الاستعداد لذلك فى الاطفال فلابد لهم من طبق الفك لترجع السنتهم الى جهة الخلف ولا تخرج من الفم واذا عظم حجم اللسان بحيث لا يسعه الفم قطع الزائد بآلة قاطعة بالعرض او بشق قوى شكله هكذا V ثم يضم بغرز خياطة ويسيلان الدم من القطع يزول الاحتقان الباقى فى اللسان ويتم الشفاء

السادسة قروحه — السادسة قروحه فقروح اللسان تنشأ كثيرا من احتكاكه فى سن خشن خارج عن الاسنة مدا او مسوس وقد تنشأ عن الداء الافرنجى وسعالجتها تكون بازالة سبب الداء اما ببرد السن او باستئصاله او بمقاومة الداء الافرنجى بالادوية المضادة له

السابعة سرطا — السابعة سرطانه فاذا حدث فى اللسان قرحة صادرة عن اى سبب كان ومصحوبة بتهيج والتهاب وخشى انقلابها الى السرطان فينبغى استعمال المضمضات الملينة والمسكنة ووضع العلق مرات حول تفرق الاتصال مع الحمية الشديدة والمشروبات المرققة للدم المسهلة اسهالا لطيفا والراحة الكلية للسان فهذه الاشياء هى الناجحة فى ذلك ولو اصاب الداء السرطانى نسيج اللسان واذا لم تنفع هذه الاشياء ولم يزل المرض يزداد والالم يشتد ويصير ناخسا ويسيل من القرحة مادة منتنة فحينئذ تنبغى العملية

عملية استئصال السرطان من طرف اللسان — وكيفيتها اذا كان الزر السرطانى فى طرف اللسان فقط ولم يمتد الى غيره ان يشق عليه بمشرط شقان يحيطان به ويلتقيان على نقطة خلف الزر السرطانى فيكون شكله قويا اى مثلثا وقد يستعمل المقص بدل المشرط ثم تضم حافتا الجرح بغرزتين او اكثر من الخياطة على حسب الحاجة وبعد الالتحام لا تنقص سعته ولا يتغير شكله ولا تتعطل وظيفته ولا يتغير من ذلك شكله

استئصال السرطان من جانبى اللسان — * واذا كانت القرحة السرطانية فى جانبى اللسان فينبغى ان يبرز اللسان الى خارج الفم ويقطع جميع الجزء المصاب بشق هلالى يحيط بالداء كله ويزال والجرح تتقرب حافتاه من ذاتهما ويزول الخلو الحاصل من ازالة الجزء السرطانى

واذا اصاب السرطان جميع طول اللسان او جزأ من طرفه وجب قطعه بان يؤمر المريض باخراج لسانه ويمسكه الجراح بكلابتين في يده اليسرى ويمسك بيده اليمنى مشرطا مستقيما حادا ويقطع به عرضا من جهة الخلف للداء ما يزول به جميع ما كان فيه اثر احتقان سرطانى دفعة واحدة ثم يكوى محل القطع بحديدة محماة مسطحة ليحتبس النزيف ويزول به باقى السرطان ومن المعلوم ان تعسر وظائف اللسان حينئذ تكون على حسب الجوهر المزال صغرا وكبرا

المبحث السابع فى افات اللهاة واللوزتين وهى اربع

الاولى استطالة الغلصمة

الاولى استطالة الغلصمة فقد يعظم حجم الغلصمة حتى تخرج عن حالتها الطبيعية ويمس طرفها قاعدة اللسان فيحدث تعب وحركات ازدراد بة متوالية وقد تنزل الى فتحة الحنجرة فتهيج الاعضاء المجاورة وتحدث سعالا دائما يظن انه حاصل من التهاب مزمن فى الصدر وقد يحدث هذا الالتهاب وقد تزيد فى الطول وتيبس وتنتفخ وترق وتلين وتقرب الى الشفافية فينبغى لازالة الالم الحاصل من الاستطالة المذكورة ان تقطع وكيفية قطعها ان يفتح فم المريض وتمسك الغلصمة بالملقاط وتقص من جانبها بالمقص الطويل المنحنى على سطحه بان يدخل حتى يحيط بجانبها ثم يقصها دفعة واحدة فهذا يشبه القطع بالعرض فى مرة واحدة والاولى ان يزاد فى قطعها قليلا فانها لو قطعت الى اللهاة لا يحصل منها ضرر

الثانية انشقاق اللهاة طولا

الثانية انشقاق اللهاة طولا فان اللهاة كالشفة معرضة لانفصال خلقى يكون فى وسطها طولا كالشفة الارنبية وهذا وان كان نادرا لكنه يتعب حركة الازدراد وبالخصوص حركة الصوت وقد تكون هذه الافة مصحوبة بالشفة الارنبية كما تقدم وكانت القدماء لا تعرف طريقة شفاء هذه الافة حتى ظهر جراح فى باريس يسمى رو اخترع عملية كعملية الشفة الارنبية فى ادماء حوافى تفرق الاتصال وتقريبهما بواسطة الخياطة * وكيفية هذه العملية ان يجلس المريض على

عملية المعلم رو

كرسى قبالة شباك نير جدا ورأسه مائلة الى جهة الخلف ومثبتة على صدر مساعد والجراح يقف قبالته ويفتح فاه فتحة واسعة ويضع فى كل زاوية من زاويتى الفك

سدادة

سدادة بثبتها المساعد فيها خوفا من انطباق فمه ويكون مستحضرا على ملقاط
ومشرط ذى زر وابرتين هلاليتى الشكل ينظم فيهما خيطا واحدا مشمعا ثم يمسك
بالملقاط احد جزئى الغشاء ويدمى بالمشرط ذى الزر حافتى التفرق بان يمر بالمشرط
على احديهما من اسفل الى اعلى فيقطع منها عرض قمحة ويفعل كذلك فى الحافة
الثانية ثم يوصل الابرة الى اخر الحلق بواسطة آلة تسمى حاملة الابرة وينفذها فى احد
جزئى اللهاة من الخلف الى الامام متباعدا بها عن حافة الجرح بقدر قمحة ونصف
وكذا يبعد بهذا المقدار عن الطرف المتموج الذى تبتدى منه الخياطة ثم يدخل
الابرة الثانية فى الجزء الثانى على هذا النسق ثم يخرج الابر من الخيط ويمسك
طرفى الخيط من خارج الفم ويعقدهما حتى تصل العقدة الى السطح الظاهر من
الغشاء ثم تقطع الخيوط عند العقد فان احتيج الى عقدة ثانية او ثالثة بحسب تفرق
الاتصال فلتكن على هذا النسق وينبغى للمريض ان لا يتكلم ولا يزدرد شيأ مدة
اربعة ايام ويحقن فى هذه المدة بحقن مغذية حفظا لقوته ويتم الالتحام الكامل
من اليوم السابع الى العاشر فتزال الخياطة ويتم الشفاء ويرجع الصوت الى اصله
الطبيعى ويحصل ذلك شيأ فشيأ وهذه العملية تستدعى كثرة حذق وسرعة يد من
الجراح وامتثالا وصبرا من المريض

الثالثة انتفاخ مزمن فى اللوزتين

الثالثة انتفاخ اللوزتين فقد يعرض للوزتين تهيج اذا طال او تواتر نشأ عنه فيهما
انتفاخ وتيبس والانتفاخ الايسكيروسى فيهما نادر فاذا وقع وازداد حجمهما منه
تعسر الازدراد والتكلم والتنفس ثم ان كان جديدا سهل شفاؤه بالغراغر الغسالة
والفصد الموضعى وجميع ما يقاوم به التهيج الحلقى وان مكث سنين كثيرة وكان معه
تيبس الانسجة فقطعه اولى وكانت القدماء تستعمل لذلك طريق المزق والربط
والكى والشق واما الان فجميع هذه العمليات تركت بالكلية والعملية المستعملة

عملية مستعملة عموما

الان فى قطع اللوزتين هى ان يمسك رأس اللوزة بملقاط مكلب يمسكه الجراح بيده
اليسرى فى عملية اللوزة اليسرى وباليمنى فى عملية اليمنى ثم يؤخذ مشرط ذو زر
مقعر الحد ملفوف على حده خرقة الى قرب سنه بقيراط ونصف ويقطع به الورم من
اصله دفعة واحدة من اسفل الى اعلى وينبغى لمن يحصل لهم قلق عند العملية

ان تحفظ فتحة الفكين منهم بواسطة قطعتين من خشب الفلين يوضعان فيما بين الاضراس والنزيف الكثير بعد العملية نادر فان حصل نزيف قليل فالغرغرة بالماء الممزوج بالخل تقطعه وسطح الجرح يتقيح قليلا ثم يلتحم سريعا ولا يتألم واثر بروز اللوزتين

الرابعة خراج اللوزتين

الرابعة خراج اللوزتين فكثيرا ما ينتهي الالتهاب الشديد في اللوزتين بخراج عظيم في نسيجهما ويعرف باللين ولمعان السطح فيستفرغ الصديد المحتبس فيه بان يؤخذ مشرط يلف على حده خرقة حتى يبقى نصف قيراط من طرفه ثم يبضع به الخراج فيخرج ما فيه بسهولة

المبحث الثامن في آفات البلعوم والمرى وهي اربع

الاولى الجروح

الاولى الجروح فجروح البلعوم الحاصلة من الالات القاطعة في مقدم الجهة العليا من العنق نادرة جدا لان غضاريف الحنجرة تصونه غالبا عن مثل هذه الافات وفي الجهة السفلى من العنق في الجزء الضيق من المرئ اندر لغوره في الوضع ولتقدم القصبة والشريانين السباتيين على هذا الجزء في اصابات الالات القاطعة ومع ذلك فاذا وقع الجرح في احد هذين العضوين فليل الجراح رأس المريض الى الامام ثم يضم الجرح ولاجل منع الافات التي تحصل من الحركات الازدرادية ينبغي ان يدخل في المرئ قاثاطير من صمغ لدن حتى يصل الى اسفل الجرح ويحقن منه بالامراق والمشروبات المحتاج اليها للغذاء وربما انقطع هذا القاثاطير ايضا في حفظ توازي شفتي الجرح وهذه العملية تستعمل في جروح الاسلحة النارية اذا اصابت البلعوم والجزء العلوي من المرئ وليس لها طريق غيرها وفي هذه العوارض الكثيرة الخطر ينبغي للمريض الحمية والمشروبات التي ترقق الدم والاستفراغات الدموية العامة ووضع العلق على مرات وذلك كله لتدارك الالتهاب الشديد في الاجزاء المصابة قبل حصوله وجروح الجزء الصدري من المرئ مدتها من الافات المهلكة في الغالب لنفوذ المشروبات والمواد الغذائية في جوف البليورا اي الصفاق المستبطن للصدر وعدم وصولها للمعدة فاذا ظن ذلك وجب وضع

قثاطير

القاثاطير المريئى لانه ربما نفع فى منع النفوذ المذكور وسهل الالتحام

الثانية الاسترخاء

الثانية الاسترخاء فاذا حصل فى المرئ شلل بطل الازدراد او تعسر وهذا الداء يحصل غالبا بملاحظة شلل آخر حاصل من آفة فى المخ ويكون الاول عرضا من اعراض الثانى ونحن ههنا لا نذكر الا ما يخص الجراحة لان معالجة هذا المرض تخص علم الامراض الباطنة وحينئذ فينبغى ادخال القاثاطير المريئى ليسهل به غذاء المريض ثم يعالج بالادوية الباطنة والظاهرة النافعة فى هذا المرض

الثالثة صفاقة الغشاء

الثالثة صفاقة غشائه فاذا طال التهاب الغشاء المخاطى للمرئ حصل منه كثيرا صفاقته وصفاقة النسيج الخلوى الذى خلف هذا الغشاء والمحيط به وتضيق تجويف المرئ وتعسر الازدراد شيأ فشيأ ثم يتعذر بالكلية فيضعف المريض ويهلك سريعا من الالتهاب وقلة التغذية واجود ما يعالج به راحة العضو واستعمال ما يضاد الالتهاب ووضع القاثاطير الذى من الصمغ اللدن فيه وهذا القاثاطير انبوبة من صمغ لدن لين مجوفة قطرها من ربع قيراط الى نصف وطولها من خمسة عشر قيراطا الى عشرين ولها فوهتان من الطرفين وكيفية ادخالها ان يجلس المريض ورأسه مائل الى الخلف وفمه مفتوح ويدهن الجراح احد طرفيها بدهن ويدخله من البلعوم الى ان يصل الى المعدة والطرف الثانى الظاهر منها من حيث انه لا يمكن استقراره فى الفم بدون الم ينبغى ادخاله فى الخياشيم وكيفية ادخاله فيها ان يؤخذ اولا قاثاطير المعلم بلوك الذى فى جوفه سلك حلزونى قابل للانقباض والانبساط ويدخل ذلك القاثاطير فى احدى حفرتى الانف ثم يدفع السلك الذى فى جوفه الى ان يصل الى الخلف ويربط فى جوفه الذى فى الحلق طرف خيط مشمع متين وطرف الخيط الثانى يربط بطرف القاثاطير المريئى الظاهر ثم يسحب طرف السلك الظاهر الى الخارج فيدخل طرف القاثاطير المريئى فى الخياشيم بواسطة الخيط الذى ربط به وبطرف السلك وهذه الكيفية اسهل من ان يبتدأ بدخول القاثاطير المريئى من الحفر الانفية لان البلعوم والحفر الانفية يلتقيان على زاوية قائمة فحينئذ يلاقى طرف القاثاطير الجدار الخلفى من الفم الخلفى فيضطر الى ادخال

الاصبع لينحنى القاثاطير الى اسفل فيدخل فى المرئ وايضا ربما وقع الخطا بدخوله فى الحنجرة والاعراض التى تدل على دخول القاثاطير فى الحنجرة هى السعال والالم وخروج الهواء من القاثاطير فحينئذ ينبغى ان يرفع طرف الالة ويذهب بها نحو الجهة الخلفية ويعلم دخولها فى البلعوم بعدم هذه الاعراض وبانتعاش المريض عند ادخال السايلات المغذية فى المعدة وهذه العملية انما هى اسعاف وقتى لغذاء المريض والا فالعوارض المهلكة التى تعقب هذا الالتهاب المزمن لا يمكن ان تمنع عنه

الرابعة وقوف الاجسام

الرابعة وقوف الاجسام الغريبة فيه فان المرئ والبلعوم لكونهما دائما نديان بسيال مخاطى غزير ويقبلان الانقباض والاتساع تنفذ منهما الاجسام الغريبة الكبيرة الحجم بسهولة وقد تقف حال نزولها فى اى جزء منهما ويعرف ذلك بالم شديد يزداد عند حركة الازدراد * وللجراح فى ذلك ثلاث طرق الاولى ان يترك الجسم وينتظر سلوكه من ذاته والثانية ان يدفعه الى المعدة والثالثة ان يخرجه من الفم او من فتحة يفتحها فى القناة الواقف فيها فاذا ترك الجسم لذاته ظهر فيما حوله التهاب شديد به يزيد فى الاول عسر وقوف الجسم ثم يحصل استرخا تكثر شدته او تقل وينشأ من ذلك الالتهاب تقيح يجذب الجسم الغريب فلذلك يرى كثيرا ان الاجسام بعد مكثها فى المرئ زمنا تنزل من ذاتها الى المعدة او تخرج من الفم وبظهر ان الالتهاب الناشئ من وقوف تلك الاجسام ينشأ عنه ايضا التصاق المرئ بالاعضاء المحيطة به وتقرح جداره ولذا سمع ان الشريان السباتى انثلم مرة من ذلك السبب وان شخصا انثقب مريئه بالقصبة فكانت الاغذية تنفذ فى المجارى الهوائية فحصل من ذلك الهلاك وقد يتكون من هذه العوارض خراج فى العنق فيكون سببا لاخراج الجسم الغريب لكن اذا حصل ذلك الخراج فى الصدر فلا بد من الموت فلذلك لا ينبغى ان تترك الاجسام فى المرئ لذاتها لان ذلك ربما كان سببا لعوارض خطرة جدا ولا يمكن منع ما ينشأ عنها من الآفات المهلكة ولا تتمسك بهذه الطريقة الرديئة الا عند شدة الاضطرار وذلك عندما يكون استعمال جميع ما ينبغى لاخراج الجسم الغريب لم يحصل منه نجاح ومع ذلك

لازالة الجسم الغريب ثلاث طرق

ترك الجسم للطبيعة

دفعة الى المعدة

فيؤمر المريض بالحمية شديدة والفصد وارسال العلق لتلطيف او تسكين شدة الالتهاب واذا كانت الاجسام الواقعة فى المرئ قابلة للتغير والتحلل وجب دفعها الى المعدة فان لم تكن كذلك فلا ينبغى لانها ربما احدثت نكاية فى جدران اعضاء الهضم كتمزيق وتثقيب وغيرهما من العوارض المهلكة والشق على المرئ ربما كان اقل خطرا من ذلك واذا كان الجسم الواقف املس وغير مؤذ لغشاء المعدة والامعاء وعسر اخراجه فينبغى دفعه ايضا وحينئذ فلا يكون الدفع الا للاجسام القليلة الحجم السهلة الانحدار ويكون بالقرع باليد فيما بين الكتفين او بشرب قدر كبير من الماء او بازدراد لقم لبابية كبيرة لينة فان لم تنفع هذه الاشياء السهلة فلتعمل

عملية المعلم انبروجيو باريه

عملية المعلم انبروجيو باريه وهى ان تدخل كرة ذات عنق طويل رأسها مستدير وغائظة فيندفع بها الجسم وينزل قطعا وقد يستعمل عود من اجزاء القيطس وهو حيوان عظيم بحرى يربط فى احد طرفيه اسفنجة * واجود ما يستعمل

استخراجه

فى هذا الداء اخراج الجسم الغريب سيما اذا كان يخزا ويمزق الجدران المماسة له كقطع العظم او الزجاج او الابر او نحو ذلك وكيفيته ان يجلس المريض ويمسك المساعد رأسه ويميلها الى الخلف ويفتح الجراح الفم فتحة واسعة ويكبس قاعدة لسانه ويفحص قبل كل شئ عن هيئة وضع الجسم فان كان واقفا فى آخر البلعوم سهلت معرفته بالبصر او بالاصبع وان كان اسفل من ذلك فليفحص عن غوره وهيئة وضعه بواسطة عود من اجزاء القيطس ثم ان كان من اعلى اخرج بجفت مستقيم او منحن يدخل مطبوقا فاذا مس طرفه اعلى الجسم فتح ثم قبض به على الجسم واخرج معه بلطف وان كان موضوعا من اسفل وغائرا فى المرئ فقد استعملوا لاخراجه جملة طرق منها ان يؤخذ قضيب من فضة مفرطح لا رأس له وطرفه ككلاب ويدخل فى المرئ فيما بين جداره والجسم الغريب ثم يغرف به الجسم ويخرج به وهذه احسن الطرق ومنها ان تؤخذ اسفنجة وتربط فى اخيطة ثم تحصر فى انبوبة وتدخل فى المرئ وعندما تصل الى اسفل الجسم الغريب تخرج منها بواسطة سهم تدفع به فتنتفش من الرطوبة ثم تسحب الاخيطة الى اعلى فتخرج الاسفنجة ومعها الجسم ويستعمل لاخراج الجسم الغريب ايضا الجفت الطويل

الرفيع * واذا لم يمكن اخراج الجسم الغريب ولا دفعه للمعدة وحدثت اعراض خطرة جدا فينبغي عملية قطع المرئ ولا تستعمل الا اذا كان الجسم في الجزء العنقي من المرئ فاذا كان ذا حجم كبير وبارزا تحت الجلد فليستلق المريض على ظهره ورأسه مائل الى جهة الخلف والجراح يشق في وسط البروز شقا طوله قيراطان امام الحافة المقدمة للعضلة القصية الترقوية الحلمية وبانفصال شفتي الجرح يكون الشريان السباتي والعصب المصاحب له من جهة الخارج ثم تربط الفروع الوعائية التي احتيج الى فتحها فاذا وصل الى المرئ شق اغشيته واخرج الجسم الغريب واما اذا لم يبرز الجسم تحت الجلد فلتكن العملية في الجهة اليسرى من العنق لان المرئ فيها يبعد قليلا عن القصبة وهذه عملية المعلم جوكالى

قد يقطع المرئ لاخراج الجسم

عملية المعلم وكا

واما المعلم وكاو كان معلما حاذقا في بلدة بيزا فاخترع طريقة تكون بها عملية شق المرئ سهلة وغير خطرة ولو لم يكن الجسم بارزا وكيفيتها ان يكون المريض كما ذكرنا والجراح يشق الجلد ويدخل في المرئ قاثاطيرا من صمغ لدن او من فضة وهي اجود طرفه الداخل مسدود وفيه قبل اخره بقليل فرجة في جانبه قدر قيراطين او ثلاثة وفي جوف القاثاطير سهم من فولاذ بقدر طوله ينقسم من نحو نصفه الى فرعين احدهما غير متحرك وثانيهما فيه حركة انبساط وينتهي طرفه ببروز زيتوني الشكل وعندما يكون السهم كله منحصرا في القاثاطير لا ينبسط الفرع المتحرك لاحتباس طرفه في اسفل القاثاطير فاذا انسحب هذا السهم قليلا انبسط الفرع المتحرك وخرج من فرجة القاثاطير فيدخل الجراح هذه الالة في المرئ الى المحل المحاذي لشق الجلد والفرع المتحرك محتبس في اسفلها وبعد ان يثبت الالة يسحب السهم قليلا فيخرج الفرع المتحرك من فرجة القاثاطير ويرفع من المرئ الجزء المحاذي لشق الجلد ويبرز في الجرح وبذلك يهتدي المشرط الى شق المرئ وحينئذ يثبت المساعد الالة في المحل والجراح يمسك زر الفرع الرافع للمرئ ويشق من المرئ على حسب الحاجة ثم يخرج الالة ويدخل اصبعه في الشق ليعرف وضع الجسم فيخرجه بالملقاط او الجفت وهذه الطريقة صيرت هذه العملية سهلة ولا خطر فيها بعد ان كانت عسرة مهلكة

وقد تقطع شعب القصبة لذلك

وقطع شعب القصبة يضطر اليه اذا انسع المرئ من جسم ذى حجم عظيم يزاحم القصبة الرئوية من الخلف الى الامام فيكاد المريض ان يختنق من عدم التنفس لكن لا تعمل هذه العملية الا اذا كان المريض فى خطر شديد جدا ولا يقدر على تحمل العمليات التى ذكرت وحينئذ فتقطع شعب القصبة او الحنجرة لازالة عسر التنفس بدون ان ينفع ذلك فى وقوف الجسم الغريب ثم ينظر فى امر الجسم فاما ان يخرجه او يدفعه وكانه لم تقع فيه عملية غير هذه غير ان حال المريض يزداد خطرا بسبب الجرح الحاصل فيه

الباب الثانى

فى آفات التسيم الذى تحت الحجاب الحاجز من الات الهضم والعمليات التى تخصه

مسائل هذا الباب تنقسم الى اقسام فمنها جروح البطن مع آفة فى الاعضاء المنحصرة فى هذا التجويف او بدون آفة ومنها وقوف الاجسام الغريبة فى القناة الهضمية ومنها آفات الكبد والطحال ومنها انسكاب فى تجويف البريتون ومنها وهو الاخير امراض المستقيم والشرج فلذا كان فيه خمسة مباحث

المبحث الاول فى آفات البطن وهى سبع

الاولى جروح البطن

تفرق الاتصال الكائن فى جدران البطن تارة يكون نافذا فى باطن البريتون وتارة يكون فى الجدران فقط من غير ان ينفذ فيه والقدماء كانوا يهتمون بمعرفة كون الجروح نافذة او غير نافذة فكانوا يدخلون فيها مجسا او يحقنونها باسيال غروى وهذا كله غير نافع بل هو خطر والجراحون الان تركوا ذلك وقالوا اذا عرض جرح فى البطن السفلى بدون آفة ظاهرة فى الاعضاء المنحصرة فيها سواء كان نافذا او غير نافذ فعلاجه واحد واذا كان كل من اتساع الجرح وبروز الاحشاء او المواد المنحصرة فيها لا يدل على آفة فى الامعاء فلا يلزم الاستقصاء عنها بل ينبغى السعى فى انضمام الجرح سريعا وينبغى ان يكون المريض

على هيئة بحيث تكون رأسه وصدره وساقاه وفخذاه وحوضه مثلية ومتقاربة لبعضها لتكون جدران البطن على استرخائها الطبيعي ويحفظ هذا الوضع بمخدات توضع تحت الجزء الاعلى من الجسم وتحت مابين الركبة وذلك نافع ايضا في منع المريض عن الحركات العنيفة وعن التقلص والتعقي فان ذلك يتسبب عنه تباعد شفتي الجرح وعدم نفع الوضعيات الضامة لحوافيه

ضم الجرح بالعصابة اللزجة

* فاذا كان الجرح قليل الامتداد ولو كان نافذا ولم يصحب الا الجلد والالياف الوتر العريض او الالياف الظاهرة للعضلات فيكفي لانضمامه وضع العصابات اللزجة

ضمد بالخياطة البطنية

وكذا في الجروح الوخزية الحاصلة من نحو سهم او حربة) اما ان كانت نافذة او ممتدة نحو قيراطين ونصف او ثلاثة فلا بد من الخياطة المسماة في هذا الداء بالخياطة البطنية ولا تستعمل الا عند تيقن نفعها وقبل استعمالها ينبغي التأمل في مساحة الجرح وهيئته ووضعه واتجاهه وخصوصا جساوة جدران البطن او ارتخائها فان الجروح الطولية التي تكون في الجهة العليا من البطن تضم بسرعة بدون خياطة اكثر من الجروح العرضية التي في الجهة السفلى من البطن او التي تكون جدران البطن فيها غير مرتخية * ثم ان الخياطة البطنية نوعان

هي نوعان

خياطة متقطعة وخياطة مرودية * فالخياطة المتقطعة وتسمى بالمتفرقة

الخياطة المتقطعة

ايضا ينبغي ان يجهز لها اربطة مشمعة ثلاثة او اربعة او خمسة تجمع مع بعضها حتى يتكون منها جملة اشرطة عدتها بعدد غرز الخياطة المحتاج اليها وعرض كل واحد منها من قمحة الى قمحتين وطوله من ثمانية قراريط الى عشرة وكل شريط ينظم في طرفيه ابرتان ويجهز ايضا مقصات ورفائد ونسالة واضافة بدن تحيط بالمريض من اعلى واسفل ثم يضجع المريض على طرف السرير بالهيئة التي ذكرناها ويدخل الجراح سبابة اليد اليسرى في داخل البطن ويسحب بها البريتون حتى يساوي بقية الاجزاء المنهتكة ويثبت الجلد بالابهام ثم يأخذ ابرة ويضع ابهامه من اليد اليمنى على سطحها المقعر وسبابته على سطحها المحدب ويدخلها داخل البطن تحت البريتون وينفذها من الداخل الى الخارج متباعدا عن شفتي الجرح بحسب امتداده في الطول وبعد نفوذ نصفها في البريتون والجلد

وخروجه الى الظاهر بخرج السبابة ويسحب بقيتها ثم يأخذ الابرة الثانية التى في الطرف الثانى وينفذها في الشفة الثانية من الجرح على حسب ما فعل في الابرة الاولى ويضع بقية الغرز متوالية ومتباعدة عن بعضها بقدر قيراط على نسق واحد ثم يعقد الغرز عقدة وشنيطة مبتدئا من الجهة المائلة والمساعد عند ذلك يقرب شفتى الجرح ليتلامسا ثم يضع على الجرح وسادة من نسالة مدهونة بمرهم جالينوس ورفادة ولفافة بدن تحفظ جميع ذلك * واما الخياطة المرودية فكيفيتها ان تؤخذ اخيطة بحسب الغرز المحتاج اليها طول كل خيط منها ثمانية عشر قيراطا او عشرين ويثنى طبقتين بحيث يكون طرفاه مجتمعين ومحل الثنى كالعروة ثم ينظم في محل الثنى ابرة وفي الطرفين المجتمعين ابرة ثانية وتدخل تلك الخيطة في الجرح على الطريقة السابقة ثم تخرج الابر منها ويدخل في ثنيات الخيوط التى هى كالعرى مرود اسطوانى من خشب او قلم كتابة رفيع طوله بقدر طول الجرح وتفصل اطراف الخيوط المجتمعة في الحافة الثانية من الجرح ويوضع فيما بينها مرود كالاول ويعقد على هذا المرود طرفا كل خيط عقدة وشنيطة عقدا متينا يحفظ تقارب حافتى الجرح واذا كان في الجرح اعوجاج يحدث عنه زوايا فعل ذلك في كل زاوية منه وبقية معالجة الجرح لا تختلف عما تقدم * وينبغى في اى نوع من انواع الخياطة الاحتراس من شدة تقريب شفتى الجرح بالحصر عليهما لان الانتفاخ الذى يحصل فيهما يقربهما جدا فاذا لم يوجد خلو بينهما يكون محلا للانتفاخ تمزقت الحوافى ولا تنجح العملية ثم ان جميع ما ذكر من انواع الخياطة وان كان يحصل منه نجاح الا ان الخياطة المرودية هى الاحسن في اغلب الاوقات من بقية الانواع لانها لا تزاحم الجرح وتعين على تقارب الحوافى واقصى الجرح فيهما يكون متقاربا اكثر من ظاهره والمراود هى التى تحمل تأثير الاخيطة وهذا كله غير موجود في بقية الانواع لان الخيط فيها يؤثر في الاجزاء الرخوة وازالة تلك الاخيطة تكون بعد ثمانية ايام او عشرة اذا ظهر الالتحام ولم يعرض له عارض يعوقه * وكيفية ازالتها ان تقطع اخيطة المرود الاسفل بقرب حوافى الجرح من الجهة المائلة باليد اليمنى مع حفظ الجهة المقابلة باليد

الخياطة المرودية

شروط عامة في الخياطة

كيفية ازالة الاخيطة

اليسرى ثم يسحب المرود الاعلى مع الاخيطة وينبغى ان يراح المريض بعد العملية
نحو خمسة عشر يوما او عشرين وبعد ازالة الاخيطة تستعمل لزق لزجة لحفظ
الالتحام واذا كانت جروح البطن بالطول امكن انضمامها بالرباط الضام المستعمل
فى الجروح الطولية فى الاطراف او بلفافة تنقسم من جهة الى اشرطة ومن الجهة
الاخرى الى عرى مقابلة لها ثم تنفذ تلك الاشرطة فى العرى وتشد شدا متناسبا
ويثبت طرفاها بالدبابيس وهذا احسن من الاول لان الاول يستدعى حركات
كثيرة من المريض لكثرة التلافيف التى تلف على البدن وفى كلتا الحالتين ينبغى
عند تقريب حافتى الجرح ان يترك بينهما خلو قليل ثم يوضع على الجرح رفادة
مستوية السمك ووسادة من نسالة ورفادة مربعة فهذه هى طرق العمليات
التى يجب عملها فى الجروح البسيطة الحاصلة فى جدران البطن واما الجروح
المركبة فهى ان يكون مع هذه الجروح نزيف او خروج الثرب او الامعا او آفات
تكون مع ذلك فى احد هذه الاعضاء على ما يأتى فالنزيف يحصل من جرح
الشريانات المنبثة فى سمك جدران البطن فاذا عرف من الوضع ومن اتجاه الجرح
ومن وثب الدم ومن علامات انصبابه فى الباطن ان الشريان الشراسيفى هو
الذى انفتح فينبغى ان تقلب شفة الجرح السفلى الى الخارج ويربط الشريان
فان كان الجرح ضيقا جدا يمنع اتمام هذه العملية فينبغى توسيعه بالمشرط ذى الزر
وتكفى هذه العملية وحدها فى صيانة المريض عن هذه الآفة الخطرة وما شابهها
وان كان المنفتح شريانا صغيرا من جرح ضيق سد بقطعة من شمع لين توضع فى فتحته
لكن انما يكون ذلك نافعا فى الشرايين الصغيرة المنبثة فى سمك الاغشية
اما الشرايين الكبيرة فلا يكفى فيها ذلك واما خروج الثرب وما بعده فيأتى على الاثر

انضمام الجروح الطولية فى البطن

الثانية خروج الاحشاء

الجروح النافذة فى البطن كثيرا ما يخرج منها بعض الاحشاء المحصورة
فيه والمعرض لذلك كثيرا هو الثرب والامعاء لانها متحركة وغير ثابتة
فخروج الثرب بين شفتى جرح البطن عارض غالب قليل الخطر جدا اذا

خروج الثرب

الثرب المذكور سليما من الآفات وكان الجرح ممتدا وحينئذ فينبغي ادخاله حالا بالغمز عليه بالسبابتين المدهونتين بدهن مناسب فان توسخ بجوهر غريب كتراب ونحوه غسل قبل ادخاله بماء فاتر والتهابه لا يعوقه عن الادخال لكن اذا حصل فيه رض شديد او في بعض جهات منه فساد تركيب فلا ينبغي ادخاله لان فيه حينئذ بعض اجزاء قابلة للتقيح والانفصال ووجودها في البطن يورث التهابا شديدا في البريتون وربما كان مهلكا واذا كان الجرح ضيقا لا يمكن رجوع الثرب منه فلا ينبغي توسيعه اذ لا يضر بقاء جزء قليل منه في الخارج وكان بعض الجراحين في مثل هذه العوارض يقطع الجزء الغنغريني من الثرب ويدخل الباقي وكان يحصل من ذلك نزيف خطر وسيلان دم في البطن السفلي وبعضهم كان يربط الجزء الزائد عن الحاد بخيط مشمع وذلك غير جيد ايضا لانه كان يحصل منه الم شديد وحمى وورم في البطن وجميع اعراض الفتق المحتبس والذي ينبغي اذا كان ادخاله غير ممكن او غير جيد ان يبقى خارجا ويغطى برفائد مغموسة في مغلي ملين فيهزل ذلك الجزء الخارج شيأ فشيأ ويصير غنغرينيا ويسقط والذي يبقى بين حافتي الجرح يلتحم بهما التحاما جيدا فيمنع حدوث فتق فيه واذا لم يتم ذلك وكان الجرح ضيقا جدا وحدث في حافتيه التهاب وورم واختنق الثرب بينهما وانتفخ ولم تنفع الحمية ولا الجلوس في الابزن ولا الفصد العام والموضعي فينبغي حينئذ عملية الاطلاق في الجرح ثم يدخل الثرب على نحو ما ذكرنا * وقد يخرج من جرح البطن جزء من المعا صغيرا او كبيرا فينظر ان كان فيه جرح اولا فان لم يكن فيه جرح ادخل ملتهبا كان او غير ملتهب وان كان جف سطحه من تأثير الهواء ندي بالماء الفاتر او بمغلي ملين وان كان موسخا بجواهر غريبة غسل بذلك لا بالاشياء المهيجة واول ما يدخل منه هو اخر ما خرج وادخاله يكون بالسبابتين المدهونتين ولا يفارقانه حتى يوصلاه الى داخل البطن لئلا ينزلق فيما بين الاوتار العريضة والطبقات اللحمية الداخلة في تكوين جدران البطن * وقد تعرض موانع كثيرة تكون بها عملية الادخال بالغمز متعذرة وذلك كاختناق المعا في الجرح اما من ضيق الجرح او اتساع المعا في الخارج من الارياح المتولدة فيه فلا يمكن

خروج الامعا

احتباس المعا فيما بين حافتي الجرح

من رجوعه وحينئذ فالجزء الخارج اذا اتهيج من تأثير الهواء او من ملامسة الملابس احتقن فيه الدم وصار لونه احمر او ازرق مع سواد والمصاب بذلك تأخذه اعراض الفتق المختنق * وعلاجه ان يغمز على جدران المعا برفق اذ تجمع رياح

علاج بالغمز

فى البطن فيسهل ادخاله فان لم ينفع ذلك اخرج جزء كبير من الامعاء ليكون للريح محل واسع يمتد فيه فان لم ينفع ذلك تخرق المعا بابرة غليظة او ببازلة رفيعة ليخرج الهواء المحتبس كما اشار لذلك بعض المعلمين لكن لا تعمل هذه العملية الا اذا ازداد حجم المعا جدا واحتيج فى رده لتوسيع الجرح * واذا لم يمكن رد المعا الخارج ينبغى

علاجه بتوسيع الجرح

للجراح ان يسرع فى العملية الكافية وهى توسيع الجرح ولا يسرف همته فى المكمدات والمعالجات الغير النافعة او فى عمليات اخرى ربما كانت خطرة

كيفية عملية الاطلاق

* وينبغى فى هذه العملية وهى عملية الاطلاق ان يكون الشق فيها من فوق لا من اسفل لتقوى الجهة السفلى من البطن على منع حدوث فتق اخر وان يبعد بالمشرط عن الاوعية التى ربما يحصل من اصابتها خطر او نزيف غزير ومن حيث ان الوريد السرى وهو الرباط المعلق للكبد ليس منسدا فى جميع الاشخاص ينبغى اذا كانت العملية الى ناحية السرة او الكبد ان يتباعد بالشق عنه لئلا يصاب ويضجع المريض على الجنب المقابل للجرح وتعمل له عملية الاطلاق المذكورة [illegible] اما بالمجس القنوى والمشرط المعتاد او بالمشرط ذى الزر فى استعمال [illegible] ينبغى تنكيس الامعاء وتثبيتها بظهر اليد اليسرى لتكون زاوية الجرح [illegible] منكشفة ثم يدخل طرف المجس القنوى الذى لا رأس له بين الجرح و [illegible] مع الاحتراس منحنيا قليلا نحو قناته نادا غارفى [illegible] عن جدران الامعاء ثم ينكس طرفه الظاهر [illegible] ثم يدخل المشرط فى قناة المجس بحيث لا يفارق [illegible] من الداخل الى الخارج [illegible] الامام فيتم بذلك الاطلاق [illegible] اصبعه فى الجرح ليعرف قدر سعته [illegible] عن رد المعا [illegible] ليسهل [illegible] الامعاء كما تقدم ثم يوضع عليها [illegible]

بسطحه بطن السبابة ثم يديرحده جهة القطع ويشق ولا يفارق بالسبابة زر المشرط ليبعد حده عن المعا وتكون العملية مأمونة وبذلك الشق يزول الاحتباس والاحسن ان يستعمل مشرط المعلوط اومشرط المعلم كوبر

التصاق المعا بجدران الجرح

* والتصاق المعا بجدران الجرح الذى خرج منه يبتدى بعد اربع وعشرين ساعة اوستة وثلاثين واقرب اجزاء الامعا للالتصاق ما كان مجاورا للبريتون فاذا كانت اربطة هذا الالتصاق جديدة ورخوة مزقت ووسع الجرح ثم رد الخارج وان استمرت نحو خمسة ايام اوست وصار الالتصاق صلبا متينا لا تسهل ازالته اوبل الاختناق الحاصل من ذلك بسلخ الاجزاء التى تكون منها الالتصاق مع الاحتراس والتأنى وكون السلخ اولا فى انسجة الجرح اولى من كونه فى انسجة المعا فان كانت الامعا خارجة غير ملتصقة ولم ترد من اول الامر بل تركت حتى التصقت التصاقا متينا ابقيت خارجة وعولجت بخرق مثقبة ومدهونة بمرهم جالينوس ووسائد من نسالة مغموسة فى سيال ملين ويكبس بهذه الخرق واللفايف على الامعا فيحصل من ذلك اما دخولها فى البطن تدريجا او التحامها بقشرة حمرا وتحفظ بلفافة تجعل كالمكبة

الثالثة جروح الامعا

اذا كانت الامعا مجروحة فاما ان تكون منحصرة فى البطن واما ان تكون خارجة من الجرح الظاهر ففى الحالة الاولى يستدل على جرحها بخروج بعض الارياح المعوية والمواد الغذائية منها وينبغى فى هذه الحالة ان يحفظ جرح البطن مفتوحا ويعالج المريض بالاشياء المضادة للالتهاب ولا تعمل فى ذلك عملية لعدم امكانها ونجاحها وفى الحالة الثانية تكون حالة المريض اقل خطرا من الاولى وصناعة الجراحة تسعفه فى ذلك فان كان جرح المعا صغيرا وخزة ترك لذاته ورد المعا الخارج غير المجروح بعد تنفيذ خيط فى الماساريقا يثبت به الجرح بمجاورة الجرح الظاهر من البطن * وان زاد عن اربع قمحات طولا اوعرضا فلابد له من الخياطة) وهى ثلاثة انواع الاول خياطة الفراوين وهى

ما يحتاج منها للخياطة انواع الخياطة ثلاثة

التي كانت مستعملة عند المتقدمين * وكيفيتها ان يمسك المساعد احدى زاويتي الجرح ويمسك الجراح الثانية بيده اليسرى ويشدانهما فتتقارب شفتا الجرح وتتوتران وتبرزان ثم ينفذ الجراح فيهما من اليمين الى اليسار ابرة معتادة منظومة في خيط طويل مشمع متباعدا عن الحافتين السابقتين بخط ونصف ويمده الى نحو ستة قراريط او ثمانية من طرفه ثم يضع غرزا على هذا النسق متساوية الى ان يصل الى الزاوية الثانية من الجرح ويجمع طرفي الخيط ويثبتهما من الظاهر بعد ادخال المعا بحيث لا تبعد الجهة المجروحة منه عن جرح البطن الظاهر

التنقيبة

* والثاني الخياطة المتقطعة وتحتاج لابر بقدر غرز الخياطة المحتاج اليها وكل منها فيه خيط منظوم وتكون شفتا الجرح متقاربتين كما ذكرنا في الخياطة السابقة ثم تنفذ الابر واحدة بعد واحدة متباعدة عن بعضها على نسق واحد وبعض خطوط من قيراط ثم تخرج من الاخيطة وتجمع اطرافها وتفتل كلها خيطا واحدا وبذلك تنضم انسجة الجرح المنفصلة انضماما محكما

المتقطعة

* والثالث الخياطة الشلالية وكيفيتها ان تنفذ الابر من اليمين الى اليسار ثم من اليسار الى اليمين على التوالي من غير ان يعلو الخيط على حوافي الجرح ثم يثبت طرفا الخيط من الظاهر بعد ادخال المعا والنوعان الاولان من الثلاثة متروكان اما الاول فلان الخيط يرتكز على الجرح فيمنع سرعة التصاقه بالبريتون واما الثاني فلان الاخيطة موضوعة فيما بين شفتي الجرح والبريتون فتمنع كالاول وفتلها يقرب شفتي الجرح ويضيق سعة تجويف المعا والنوع الثالث وهو الخياطة الشلالية ليس فيه شيء من ذلك لان شفتي الجرح فيه متجهة الى الخارج نحو البريتون ولا عائق يعوقها عن الالتصاق به ثم اذا اريد اخراج الاخيطة بعد اليوم السادس من العملية قطع حد طرفي كل واحد منها من قرب الجلد وسحب باحتراس واذا انفصل جميع جرم المعا من دائرته بجميع الاشياء التي ذكرت لا تنفع هنا واخترع له طريقة تسمى طريقة المعلمين الاربع وتسمى طريقة التغميد وهي ان يدخل حد طرف المعا في طرفه الثاني ويثبت ببعض غرز خياطة وهذه العملية وكذا عملية ... لا ثمرة فيها بل توقع المريض في الزائد وهلاك سريع والاحسن ان يحدث الجرح شرجا غير

الشلالية

قطع المعا بالعرض

طبيعي فان به يسهل الشفاء وسنذكر هذه العملية بعد * وقبل ان يبتدأ في عملية التغميد يحتاج الى معرفة الطرف العلوى من السفلى وذلك بان يعطى للمريض بعض أواق من دهن اللوز الحلو او من شراب البنفسج وينظر خروجه من الطرف العلوى سريعا * وكيفية عملية المعلمين الاربع ان تؤخذ اسطوانة من ورق غليظ كورم القمار وتعمل كانبوبة غلظها بقدر وسعة جوف المعا وتبل في زيت التربنتينا ثم في زيت الزيتون لئلا تتغير من الرطوبة ثم يثبت في نصفها خيط مشمع طوله نصف ذراع بان ينظم طرفاه في ابرتين ويثبت بغرزتي خياطة في وسط الاسطوانة من الخارج بحيث يكون جوفها سالكا ثم تدخل الاسطوانة الى نصفها في الجزء العلوى من المعا وتثبت فيه بغرزتين متقابلتين في دائرة المعا ثم يدخل النصف الثاني من الاسطوانة في الجزء السفلى ويثبت بغرزتين محاذيتين للاولتين بحيث يلتصق طرفا الجزئين ببعضهما ثم تخرج الابرتان من الخيط ويرد المعا الى الباطن ويثبت طرفا الخيط من الظاهر على الجرح * والمعلم رمضهير كان يدخل الطرف العلوى في الطرف السفلى ويثبتهما بغرزتي خياطة ثم يرد العضو في البطن ويثبته بقرب الجرح فيحصل الالتحام بدون عوارض وطعن بعض المعلمين في هذه العملية وقال ان الغشاء المخاطي المعوى الظاهر يكون مماسا لسطح البريتون وهما من حيث ان طبيعتهما مختلفة يعسر التصاقهما فالرأى ان يكون التماس من السطحين البريتونيين لبعضهما فحينئذ يتأتى الالتصاق لانهما طبيعة واحدة * والمعلم جبير كان يغمد الطرف العلوى في الطرف السفلى بعد قلب جزء من الطرف السفلى الى الداخل لتقع المماسة بالغشاء المصلى من الطرفين ولكن هذه العملية يحصل منها انتفاخ يضيق به جوف المعا وتتسبب عنه عوارض خطرة فهي وان كانت اقبل من الاولى الا ان خطر عملية الادخال فيهما واحد فمعالجة هذه الافة ولو مع بطوء بما فيه نفع اولى من التعرض لعوارض مهلكة

طريق معرفة الطرف العلوى من السفلى

عملية المعلمين الاربع

عملية المعلم رمضهير

عملية المعلم جبير

الرابعة تخنفر يتا الامعا

الامعا اذا خرجت والتهبت من الظاهر ثم ذبلت وصارت زرقاء عديمة الحس علم من ذلك ان الغنغرينا اصابت جدرانها فاذا كانت الخشكريشات صغيرة وكثيرة العدد ينبغي ان تحفظ القطعة المصابة بقرب الجرح لتخرج بعض المواد الثفلية منه حتى يضيق تدريجا ثم يلتحم واما اذا تغنغر جزء من المعا صغيرا وكبير وعدم الحياة فينبغي قطعه بالمقص ثم يعالج معالجة ما اذا انفصل جرم المعا كله بالعرض بالة قاطعة

الخامسة جروح المعدة

جروح المعدة مهلكة في الغالب ومعالجتها كمعالجة جروح الامعا وكثيرا ما كان بعض المعلمين يعطي المريض مقيئا ليستفرغ به الاغذية فيحصل في المعدة حركات انقباضية بها يضيق الجرح ولكن ذلك ربما كان مهلكا لانه اما ان يحدث عنه تهيج في الاحشاء او انصباب مواد من المعدة في البطن

السادسة جروح الاسلحة النارية

جروح الاسلحة النارية الحاصلة في جدران البطن او في الاحشاء تعالج كمعالجة الجروح الحاصلة من الالات القاطعة الا ان جروح الاسلحة النارية من حيث انه لابد من تقيحها لا ينبغي السعي في انضمامها سريعا

السابعة الرض في جدران البطن

اذا حصل في البطن رض قوي وانهتكت منه العضلات واصاب بعض اجزاء من قناة الهضم فلا ينبغي لذلك عملية جراحية بل يعالج المريض بمعالجة عامة وموضعية لتدارك او مقاومة العوارض الالتهابية * وينبغي بعد العمليات المناسبة لشفاء جروح البطن على اي حالة كانت سعة تلك الجروح وهيئتها وما يصحبها من العوارض ان يعالج المريض بالاشياء المضادة للالتهاب وهي اراحة الجسم والذهن واسترخاء جدران البطن والحمية الطويلة عن الجواهر المغذية والفصد العام والموضعي اللذان هما على حسب قوة المريض وشدة العوارض ووضع

لجة السابعة
بة الجراحة

المكمدات الملينة على البطن وتبعيد جميع ما ينبه الحركات الانقباضية المعوية فهذه هي الاشياء التي ينبغي استعمالها بضبط واتقان لحفظ راحة الاعضاء المجروحة وتسكين تهيجها

المبحث الثاني في وقوف الاجسام الغريبة في القناة الهضمية

الغالب في الاجسام الغريبة التي نزلت من المري الى المعدة ان تخرج من الشرج فتعان المعدة على دفعها بتناول الجواهر التي من خواصها ان تتشبث بخشونة الاجسام الواقفة كمحلول الصمغ واللبن وغيرهما من الجواهر الزلالية او بمقيء او مسهل ان احتيج اليه فهذه هي الاشياء التي يستعان بها على دفع الجسم الواقف فاذا كان الجسم كبيرا او واقفا في المعدة وحدث عنه عوارض خطرة فينبغي استئصاله * والجراح لا يحتاج لشق المعدة الا عند وجود امرين الاول ان يتسبب عن انحصار الجسم في المعدة عوارض خطرة جدا يكاد ان تعدم بها حياة المريض والثاني وجود ورم فيها يدل على موضع هذا الجسم المهيج ولا تصح هذه العملية الا بالتصاق جدران المعدة بجدران البطن فانه بدون ذلك ينزل ما في جوف المعدة الى تجويف البطن عند الشق ويعرف هذا الالتصاق بوجود انتفاخ قليل مع لين ينخفض تحت الاصبع كالعجين * وينبغي ان يكون الشق على محل الورم بان يمسك الجراح مشرطا محدب الحد ويشق به الجلد او لا قدر قيراطين او ثلاثة بالطول اذا كان في الجهة المقدمة من البطن فان كان في جهة اليسار كان اتجاه الشق على حسب اتجاه حواف الاضلاع ثم يشق العضل ويربط ما انفتح من الاوعية ويدخل السبابة في اقصى الشق ليتحقق بها وجود الالتصاق بين جداري المعدة والبطن فان وجده حاصلا نفذ المشرط الى جوف المعدة واخرج الجسم الغريب وعالج الجرح بمعالجة بسيطة بعد ضم شفتيه بدون خياطة وانتظر الالتحام من ذاته * وان كان غير حاصل ترك شق المعدة وانتظر نحو يومين او ثلاثة حتى يلتصق سطح المعدة بحافتي الجرح وهذا الالتصاق امر طبيعي لا بد منه فحينئذ يشق المعدة ويخرج الجسم من غير ان يخشى منه سيلان

عملية شق المعدة

طريقة العملية

عملية في زمنين

ة شق الامعا

ما في المعدة الى تجويف البطن * فان كان الجسم الغريب شاغلا لجزء من الامعا فينبغي للجراح اتمام العملية فيها مع مراعاة الشروط السابقة في شق المعدة وقد اتفق ان بعض الاجسام الغريبة العظيمة خرق المعدة بعد ان لصقها بالقولون ونزل الى احدى الاربيتين فحدث هنالك خراج وخرج الجسم الغريب مع صديده فاذا علم ميل الطبيعة لذلك اعينت عليه فان لم يعلم ذلك واشتدت الاعراض عملت العملية حالا

المبحث الثالث في آفات الكبد والطحال افات الكبد ثلاث

الاولى الجروح

جروح الكبد اذا كانت في ظاهره فقط لا تكون كثيرة الخطر فان كانت غائرة فيه حدث منها سيلان صفراوي مهلك وعلى كلا الحالين لا تعالج الا بالاشياء المضادة للالتهاب العامة والموضعية التي ذكرناها آنفا وجروح المرارة تكون غالبا مهلكة ولا تنفع لها عمليات الجراحة ولا مقاومتها الا بالوسائط النفاثية العامة وان كانت في الغالب غير كافية

الثانية الخراج

خراج الكبد اما ان يكون حاصلا من السمبأتيا او عن آفات فيه يعقبها التهاب في نسيجه الخاص فالخراج السمبأوي ينشأ غالبا عن جروح في الرأس وقد ينشأ عن آفات تحصل في الياف المفاصل لقوة السمبأتيا بين المخ والكبد وبينه وبين المفاصل والانسجة الليفية والفسلوجيا المرضية لم تبين لنا الى الان هذه السمبأتيا *ولذا تصحب العلامات العامة لالتهاب الكبد ثقل في جهته وقشعريرة غير منتظمة وحمى تأتي وقت المسا واصفرار لون المريض وهذه الوضع قوته دل ذلك على ان الالتهاب انتهى بالتقيح ثم ان خراج الكبد يكون صغير الحجم وكبيره وتكونه يكون سريعا وبطيئا ومحله سطح الكبد او باطنه وقيحه المنحصر فيه يكون اصفر او اسمر او صديديا وقد يكون كدردي النبيذ حاصلا من قطع من جوهر الكبد

ح الكبد لا يفتح الا اذا في الخارج

محاولة في سيالة لونه كغسالة اللحم ولا ينبغي فتح هذا الخراج الا اذا كان هنالك ورم اوذيمي في المراق الايمن وتموج ظاهر يدل على ان لفايف الكبد التصقت بجدران البطن المحاذية لها وبدون ذلك تصير العملية مهلكة بانصباب المواد في البطن السفلي وفتحه يكون بادخال المشرط فيه ثم تستفرغ المواد منه ويعالج بعد ذلك معالجة بسيطة حتى يلتحم من طبيعته

الثالثة الاورام والناصور الصفراوى

اذا انسدت القناة الصفراوية او تكونت حصاة من الصفرا او شغلت المرارة التى هى مخزنها تجمعت الصفرا فى جوفها ومددت جدرانها وظهر تحت حوافى جوانب الاضلاع القصية اليمنى ورم متموج او صلب على حسب كون المادة المنحصرة فيه سائلة او صلبة وعلى كل حال فطبقات المرارة من حيث انها متهيجة لابد من التصاقها بجدران البطن او بجدران المعا وتقرحها يحصل منه اما ظهور خراج او انسكاب مواده فى القولون وخروجها مع البراز من الشرج وهذا الداء وان ظهرت علاماته لكن العملية لا تصح الا اذا دل احتقان الاجزاء الرخوة التى تحت الجلد على التصاق المرارة ببريتون جدران البطن واذا انفتح الخراج من ذاته وحدث عقبه ناصور فينبغى ان يبقى مفتوحا وتستأصل الحصاة الواقفة فى المرارة اذا امكن وليصرف الجراح غاية جهده فى تبعيد ما يزيد فى احوال المرض وان يبقى الجرح على حالة تعين الطبيعة على شفائه

وجروح الطحال تعسر معرفتها لانه ليس لها علامات خاصة بها ولا يحصل منها الا انسكاب دم فى البريتون كثيرا وقليل وغالبا تكون مهلكة ومعالجته تكون باستعمال الاشياء العامة والموضعية المضادة للالتهاب وجميع امراض الطحال ليست محققة لان علاماتها كثيرة الاشتباه ولا تستدعى عملية من العمليات الجراحية جروح الطحال

المبحث الرابع فى الانسكابات البطنية وانواعها سبعة

الاول انسكاب الدم

اذا انفتح بعض الاوعية الصغار فى داخل البطن عقب جرح فيكفى فى احتباس النزيف تأثير جدران البطن فى تلك الاوعية فان كانت الاوعية كبيرة ولم يجد الدم طريقا يخرج منه الى الظاهر انسكب فى البطن تارة بسرعة وتارة ببطئ فالاول منهما تظهر فيه جميع علامات النزيف الباطنى ويحس المريض فى الحال بحرارة لطيفة ورطوبة فى البطن السفلى ويزيد حجم البطن شيأ فشيأ والثانى منهما لا تظهر فيه العلامات الا بعسر وكثيرا ما لا يدرك الانسكاب الا بعد ثمانية ايام او عشرة من وقت الجرح عندما يبتدى التهيج فى البريتون ثم ان هذا الدم يسيل فيما بين الامعا وجدران البطن ثم يتجمع فى احد القسمين الحرقفين فيصير متعبا ويحدث منه التهاب ينشأ عنه التصاق كيس الدم المتولد من الالتهاب بجدران الجسم الحرقفى ثم تظهر علامات التهاب البريتون ويظهر نتو فى ذلك القسم وتموج محسوس فيتحقق حينئذ وجود الانسكاب واذا لم يبادر باخراجه يحصل الموت وان لم يحتبس النزيف الباطنى فينبغى مقاومته بالاشياء المناسبة التى سنذكرها فى مواضعها ولا ينبغى اخراج ما سال من الدم الا بعد قطع النزيف وهذه العملية يجب اتمامها متى علم وجود التجمع الدموى فان تمت عقب الجرح امتنعت عن المجروح الاحوال الالتهابية وزال الالم الذى لا بد من حصوله عقب الانسكاب وكذا بقية العوارض المهلكة وينبغى للمريض ان يكون فى جميع ذلك على هيئة تكون فيها جدران البطن مسترخية ويشق الجراح فى محل تجمع الدم شقا طوله قيراط او قيراطان ويربط ما انفتح من الاوعية ثم بعد استفراغ الدم المحتبس يعالج الجرح بوضع فتيل من قماش مغسول زمنا ما ليمنع سرعة التحام حوافيه

الثانى انسكاب الكيلوس

اذا حصلت آفة فى الاوعية الصغيرة الجاذبة للكيلوس حصل منها انسكاب الكيلوس فى البطن وقل ان يدرك ذلك الانسكاب وربما لم تحدث عنه عوارض اصلا بخلاف انفتاح القناة الصدرية فانه آفة خطرة ومهلكة وليس ذلك بالنظر لانسكاب الكيلوس فقط بل المنظور اليه بالاكثر عدم اغتذاء الاعضاء

الثالث انسكاب الصفرا

انسكاب الصفرا ولوقليلا يحدث منه فى البريتون التهاب حاد ينتشر سريعا ويحصل منه الهلاك

الرابع انسكاب البول

انسكاب البول يحصل منه العوارض المذكورة لكنها ربما كانت اقل سرعة

الخامس انسكاب البراز

انسكاب البراز كثير الخطر ايضا والجراح لا يمكنه غير مقاومة العوارض الالتهابية الصادرة عن التهاب البريتون واذا لم يوجد فى تشريح ميت مات بهذا الداء اثر هذه السائلات التى احدثت التهاب البريتون فلا يستغرب ذلك لان الامتصاص يزيل هذه السائلات

السادس انسكاب الصديد

انسكاب الصديد فى البطن يحصل منه التهاب حاد فى البريتون وهو نادر فاذا وقع وتحقق انه هو فتح له طريق يخرج منه والعملية فى ذلك لا تختلف عما سبق

السابع انسكاب المصل وهو الاستسقا الزقى

اذا حصل فى البريتون تهيج بطيء مزمن نشأ عنه افراز مادة مصلية تجمع بقلة وكثرة فى جوف هذا الغشاء وتسمى بالاستسقا الزقى ويعرف مع السهولة بزيادة حجم البطن وبحركة السيال وتموجه بان توضع احدى اليدين على جدران البطن من جهة ويقرع بالثانية قرعا لطيفا على الجهة المقابلة فيدرك حينئذ هذا التموج واذا تعاصى هذا الداء عن جميع الوسايط الشفائية الباطنة والظاهرة وازداد حجم البطن جدا وصارت مشتدة ومتموجة من جميع جهاتها فليس شئ اعظم لحفظ حياة المريض وابقائه اياما من فتح طريق لاخراج السيال * عملية البزل
وهذه العملية تسمى البزل ويجهز لها الالة البازلة وبعض رفائد ولفافة بدن

ويكون المريض جالساً على كرسي او مضطجعاً على جانبه الذي يكون فيه البزل على حافة سريره وهو اولى من الجلوس لان به يسلم من الغشي وفي الهيئة الاولى ينبغي ان يكون ساقاه متباعدين وبينهما وعاء ينزل فيه السيال وفي الهيئة الثانية يرفع رأسه وصدره ويثنى ساقيه وفخذيه قليلاً وتلف عليه لفافة بدن فيما بين الحجاب الحاجز والسرة لينزل السيال الى اسفل بشدها ولتبعد جدران البطن عن الاحشاء ✻ ثم ان البزل يصح في جملة محال من البطن السفلى واختاروا كونه في الجانب الايسر لا في الايمن حذراً من اصابة الكبد لانه كثيراً ما ينتفخ ويبس وينزل الى اسفل المراق وذلك بان يفرض خط يمتد من اعلى الشوكة المقدمة من العظم الحرقفي الى السرة والبزل يكون في نصف هذا الخط وكونه بعيداً عن السرة وقريباً الى الشوكة الحرقفية اولى حذراً من اصابة الشريان الشراسيفي ✻ ثم يأخذ الجراح الآلة البازلة وتكون متقنة بحيث يدخل سهمها في انبوبتها ويخرج منها بسهولة ويدهن سنها ويمسكها بيده اليمنى قابضاً بها على يدها الا السبابة فيمدها عليها واصلاً بها الى الحد الذي يريد ان يدخله في البطن وكلما كان الشخص اسمن كان بعد السبابة عن سن الآلة اكثر ثم ينفذ الآلة في جدران البطن حتى تصل الى السيال ويعلم ذلك بزوال المقاومة ثم يمسك الانبوبة بيده اليسرى حافظاً لها في محلها ثم يخرج السهم ويبقى الماسورة في الجرح ليخرج منها السيال وكلما انخفضت البطن شد المساعدون لفافة البدن لينزل السيال نحو الثقب ويغمز برفق على جدران البطن حتى يستفرغ جميع ما فيها ثم يخرج الماسورة باليد اليمنى بعد وضع الابهام والسبابة من اليد اليسرى على جوانب الجرح ليثبت بهما الجلد عند اخراجها ثم يغطى الجرح بلزقة غروية ورفادتين ويحفظ جميع ذلك بلفافة بدن تشد شداً معتدلاً فان اتفق عدم خروج السيال بذلك ادخل مجس بلا سن لتبعد به الاجزاء التي تسد ثقب الماسورة واذا سال دم غزير من الجرح بعد اخراج الماسورة وخشي انسكابه في البطن ادخل في الجرح اسطوانة من شمع او قطعة من صمغ لدن لينسد بذلك الوعاء المفتوح ✻ ومن الاستسقا نوع يقال له الاستسقا الكيسي وهو الذي يظهر في احد الاعضاء المنحصرة في البطن السفلى

المحل الذي يكون فيه البزل

كيفية العملية

ومنه الاستسقا الكيسي

متكونا

متكونا فى كيس منفصل وكثيرا ما يوجد فى النساء فى مبيضهن وفى الرجال فى بعض الاعضاء البطنية وعلامته ان يوجد الورم فى ابتدائه فى محل محدود من البطن ثم يمتد شيأ فشيأ الى ان يملأ معظم التجويف والسيال المنحصر فيه بدل ان يكون مصليا صافيا ولونه اترجيا كما يكون فى الاستسقا الزقى يكون كثيفا عكرا وقد يكون لزجا وهذا الداء مهلك غالبا ولا توجد له عملية غير انه اذا ازداد حجم الورم حتى زاحم اعضاء الهضم والحجاب الحاجز وصارت حياة المريض فى خطر فينبغى له البزل فى المحل الذى تكون فيه اجزاء الكيس محاذية للجدران البطنية وهذه العملية لا يحصل منها الا تطويل حياة المريض بعض ايام

المبحث الخامس فى آفات المستقيم والشرج وهى عشر

الاولى الجروح

جروح المستقيم الحاصلة من الالات الوخزية او الاسلحة النارية شديدة الخطر لانسكاب البراز منها فى جوف البريتون او فى النسيج الخلوى الذى للحوض ومع هذا فقد شوهد ان اناسا كثيرة شفيت من ذلك واذا حصلت هذه الجروح فعلى الجراح ان يدافع التهيج المصاحب لها وان يفتح مسلكا للمواد المنسكبة فى النسيج الخلوى ويدع للطبيعة بقية المعالجة

الثانية وقوف الاجسام الغريبة

الاجسام الغريبة التى تقف فى المستقيم منها ما ينزل من الفم ويقف فى اعلى الشرج ومنها ما يدخل من الشرج حتى يصل للمستقيم ويقف فيه وقد يكون الجسم الغريب حصاة متكونة من الصفرا او من المواد الثفلية فيتسبب عنه حينئذ عوارض خطرة * ثم ان كانت الاجسام الغريبة ملسا مستديرة تملأ المستقيم من غير ان تجرحه عرض من ذلك الاحساس بثقل من اسفل وامساك شديد وبعد زمن ما يصعد مغص فى المعا الغليظ وينتهى بغثيان وفواق وقئ واذا طال احتباس البراز ظهرت جميع اعراض الفتق المختنق وان كانت تلك

عوارض تحصل من تلك الاجسام

الاجسام ذوات زوايا خشنة هيجت المستقيم وثقبته فيحصل فيه التهاب والم شديد تعقبه الحمى والقلق وكثيرا ما تحصل اعراض شديدة الخطر ومعالجة ذلك تكون باستئصال الجسم الذى هو سبب التهيج والالتهاب * وينبغى فى عملية الاستئصال المذكور ان يضطجع المريض على احد جنبيه ويثنى فخذيه وساقيه قليلا ويبرز وركيه عن جانب السرير ثم يدخل الجراح اصبعه فى المعا ليقف على قدر الجسم ووضعه وقوة تمكنه فى المحل وعلى حالة الغشاء المخاطى فانه كثيرا ما يحيط بالجسم وينتفخ فيمسكه فى مكانه ثم يدخل الجفت فوق اصبعه ويستأصل به الجسم الغريب وقد يحتاج من اول الامر لتوسيع الشرج بالالة المرئية المانعة من انقباض العضلات العاصرة وقد يحتاج ايضا الشق هذه العضلات التى تكونت منها حافة الشرج شقا واسعا ليتمكن من اخراج الجسم الذى كان يعسر اخراجه او يخشى تفتته كزجاجة صغيرة ادخلها شخص فى دبره وقد تتيبس المواد الثفلية وتسد المستقيم فينبغى اولا ان تحلل بالحقن الزيتية ثم تستأصل بملعقة تدخل فوق السبابة

طريقة عملية استئصال هذه الاجسام

الثالثة خراج الشرج

كثيرا ما يحصل فى دائرة الشرج خراج يزيد حجمه اذا كانت انسجة الشرج الخلوية كثيرة وسمينة وهو اما عن اسباب عارضية او عن انثقاب المستقيم ونفوذ المواد الثفلية فى الانسجة المجاورة له * فالخراج الغلغمونى فى الشرج نادر فاذا حصل فيه من رض او من اسباب خارجية غيره تقدمه انتفاخ التهابى عظيم ذو احمرار والم شديد وعلاجه ان يضمد فى اول الامر بضمادات ملينة ثم يفتح عند ما يصير فيه التموج محسوسا مع ريعا لئلا يفسد صديده جزأ كبيرا من النسيج الخلوى ولئلا يحدث هناك ناصور بسبب تعرى المعا

خراج غلغمونى

ثم اعلم ان انواع الخراج المحيط بالشرج وقوعا واشدها خطرا ما نشأ من انثقاب المستقيم وانسكاب المواد الثفلية وهذا يظهر بورم صلب قليل التورم ولم يمتد شيأ فشيأ حتى يصل الى الغشاء فيلتهب الجلد ويصير لونه بنفسجيا او ازرق و الاجزاء المصابة

خراج برزى

رة متوترة متحولة وقدر المواد الخارجة من انثقاب المعا يكون على حسب سعة
تلك الانثقاب وحصول الخراج وحجمه والعوارض الناشئة عنه تكون على حسب
سعة الالتهاب ولذلك تميز الخراج البرازى الى صغير ومتوسط وكبير ومتى عرف
وجود الخراج البرازى وجب فتحه سريعا لان التأنى فى ذلك يوجب زيادة الفساد

طريقة العملية

* وينبغى فى فتحه ان يكون المريض مضطجعا على حافة السرير والجهة المصابة
من اسفل وفخذها ممدود مسترخ وفخذ الجهة المقابلة لها منثن على زاوية قائمة
والالية السليمة يرفعها المساعد والالية المصابة يشدها الجراح الى اسفل ثم يغوص
بالمشرط فى بورة الصديد شاقا به شقا موازيا للخط الفاصل بين الوركين وسعة الشق
تكون على حسب جرم الخراج فان كان فى اسفل الشفة الظاهرة من الجرح
تجويف يمكث فيه الصديد وجب شق تلك الشفة بالعرض شقا ثانيا ثم يدخل
سبابة اليسرى فى الشرج وسبابة اليمنى فى الجرح ليستقصى بها سعة تعرى
المستقيم وارتفاع الثقب الذى فيه وبعد الوقوف على هذه الاشياء يدخل المقص
جاعلا احد نصليه داخل المستقيم والثانى فى الخراج ويقص جميع الاجزاء
الموجودة بين النصلين وهذه العملية سهلة اذا كان شق الخراج قريبا من الشرج
جدا فان لم يكن كذلك فينبغى ان يعمل فيه ما يعمل فى الناصور العتيق وبعض
الجراحين لا يريد زيادة توسعة الجرح فى شق المعا فكان ينتظر نظافة جدران الجرح
وتناقص الالتهاب ثم يشق فيجعل العملية فى زمنين وهذه العملية ينبغى ان تعمل
اذا تبين ان شق الشرج يحصل منه زيادة الالتهاب فى الاجزاء المجاورة له * والمعالجة

معالجة

ان يوضع فى الشرج فتيل من نسالة مدهون بمرهم جاليتو وعلى الجرح وسادة
من نسالة وضماد ملين يغطى الاجزاء المجاورة وبعض رفائد ورباط تائى يحيط
بالمحل يوضع اولا لحفظ ما ذكر

الرابعة نواصير الشرج

الناصور على الاطلاق هو تفرق اتصال دائم التقيح ضيق او واسع متصل بجوف
طبيعى او بقناة دافعة وغالب نواصير الشرج تحصل من الخراج البرازى كبر حجمه

اوصغر وثقبها الظاهر يسيل منه دائما الصديد والمواد الثفلية السائلة وهي مجار

الناصور الكامل

قيحية تمتد من المستقيم الى الجلد * فان كان الناصور فتحتان احداهما

لناصور الغير الكامل

في المستقيم والثانية في الجلد سمي كاملا * فان لم يكن له الا فتحة واحدة سمي
غير كامل ثم ان كانت في المستقيم دون الجلد سمي الناصور باطنيا وان كانت
في الجلد دون المستقيم سمي ظاهريا ومعلوم ان هذين لا يسميان ناصورا
حقيقيا والاول منهما خراج برازي غير مفتوح من الظاهر والثاني خراج اعتيادي
لم تنضم جدرانه ولم تلتحم فتحته والناصور الظاهري غير الكامل لا يستدعي
الا المعالجة التي بها يسهل التحام قناته والباطني يستدعي فتح الورم الدال عليه
ليصير كاملا ثم يعالج معالجة الناصور الكامل من اصله وطريق شفاء النواصير
ان تشق العضلة العاصرة للشرج مع جدران المعا حتى يصل الشق الى ثقبة
الناصور التي في المعا فيختلط جوف المستقيم بالقناة الناصورية وهذه هي طريقة
شفاء النواصير الكاملة واعلم انه ينبغي لاجل معرفة موضع فتحة الناصور
في المستقيم ان يضطجع المريض على الجهة المصابة على الهيئة المذكورة آنفا
ويدخل الجراح سبابة يده اليسرى في المستقيم ثم يدخل باليد اليمنى مجسا
في الناصور ففي بعض الاشخاص يسهل وجود ثقب الناصور فيدخل المجس كله
في جوف المعا دفعة وفي بعضهم يعسر وجوده فيتباطأ نفوذه فيه واذا وجدت
فتحة الناصور الباطنة فلا شئ على الجراح الا شق الاجزاء الفاصلة بين القناة
الناصورية وجوف المستقيم وهذه العملية وحدها كافية في الشفاء

طرق المتقدمين

من هذا الداء * واما الاقدمون فكانوا يستعملون جملة طرق لشفاء الناصور منها
الكي بالكاويات وهي طريقة قديمة جدا اوصى عليها ابقراط واستعملها كثير
من الجراحين بعده ولكن التجربة اظهرت ان تأثير الكاويات بطيء جدا والاهتدا
فيها عسر ويحصل منها فساد عظيم فلذلك تركت وحينئذ فلا ينبغي توضيح كيفية

الاستئصال

استعمالها * ومنها الاستئصال وهو طريقة قديمة ايضا واستعملت زمنا طويلا
في شفاء نواصير الشرج لكنها طريقة قاسية مؤلمة يتسبب عنها نزيف كثير
والتهاب شديد وتقيح طويل وضيق في الشرج عديم الشفاء فلذا تركها الجراحون

الربط

المستجدون * ومنها الربط وهى طريقة قديمة ايضا قليلة الالم كثيرة الامن تتم بوسطة سلك من رصاص يدخل الجراح احد طرفيه فى فتحة الناصور الظاهرة كما يدخل المجس فيها ويدخل السبابة فى المستقيم لتتناول السلك وتحنى الى الاسفل كلما وصل اليها منه حتى يخرج طرفه من الشرج ثم يجمع طرفى السلك ويلفهما على بعضهما فيقطع هذا السلك الانسجة المحيطة بالمستقيم تدريجا ويلتحم تدريجا ايضا فيحصل عند سقوط السلك زوال الناصور وفى زمن المعالجة يكشف كل يومين اوثلاثة على المحل ليلف السلك ويضيقه كلما اتسع الى ان يسقط *

الشق

ومنها الشق وهو طريقة معروفة عند القدماء لكنها لم تستعمل عندهم الا قليلا واما المستجدون فاستعملوها كثيرا وكيفيتها ان يدخل مجس قنوى فى الفتحة الظاهرة وينفذ فى الفتحة الباطنة حتى يخرج من الشرج ان كانت الفتحة الباطنة للناصور غير غائرة فى المستقيم ثم يضع سن المشرط المستقيم فى قناة المجس ويشق من الخارج الى الداخل جميع ما كان موجودا فى المحل فان كانت غائرة فى المستقيم فلا يتأتى اخراج المجس من الشرج بل يدخل الريزج وهو آلة من خشب محفور احد سطحيها كالقناة فى المستقيم مدهونا بدهن ما ولتكن قناته جهة فتحة الناصور ثم يدخل فى الفتحة الظاهرة من الناصور مجسا قنويا لا حاجز له فى آخر قناته وينفذه فيها الى ان يلامس طرفه السطح المجوف من الريزج ثم يشق على المجس من الخارج الى الداخل حتى يصل للريزج ويتأكد قطع ذلك كله باخراج الريزج والمجس معا وهما متلاقيان بزاوية منفرجة والشق هو اسهل الطرق وانفعها فى عملية الناصور الشرجى واما الربط فلا يناسب الا الاشخاص الضعاف القلوب الذين يخافون من السلاح *

معالجة تابعية

والمعالجة بعد العملية تكون بتبعيد شفتى الجرح عن بعضهما بفتيل من نسالة اوشريط من قماش يوضع بينهما وبعد ايام يعالج الجرح بوسائد من نسالة مدهونة بمرهم جالينوا تنبت برفائد و رباط تائى

الخامسة البواسير

البواسير هى اورام صغيرة مستديرة ملسا تؤلم فى بعض الاحيان لونها احمر تارة

تكون متفرقة وتارة مجتمعة ويتكون من تجمعها احتقان يحيط بالشرج وقد تكون البواسير فوق الشرج من داخل فلا تظهر الا عند التعنى للبراز ويعرف وجودها وحجمها وشكلها بادخال الاصبع فى المستقيم والبواسير تتكون تارة من اتساع دوالى فى الاوردة المحيطة بالشرج وتارة من خروج الدم وسريانه فى النسيج الخلوى الذى تحت الجلد والذى تحت الغشاء المخاطى وتارة تتكون من فساد جوهر بعض الاجزاء الوعائية والاسفنجية التى للنسيج ثم البواسير لا تستدعى صرف همة الجراح الا الى استفراغ نزيفها اذا احتبس او فى تقليل حجمها اذا افرط او فى دفع الشكايات الناشئة عنها اذا حصلت وينبغى فى احتباس نزيف البواسير ان يستفرغ بوضع العلق فوق الشرج او بشق الاورام الباسورية الكبيرة الحجم ثم يجلس المريض على وعاء فيه ماء حار الى نصفه لتعين حرارته على اخراج الدم * واذا افرط كبر حجم البواسير احتيج الى العمليات واكثرها خطر عسر وفى الغالب لا تنبغى ازالة البواسير بتمامها بل يزال منها ما كان اكثر اتعابا للمريض او يكثر خروج الدم منه ويبقى البعض لئلا يحتبس النزيف الذى هو فى الغالب ضرورى لحفظ الصحة * فاما عملية ازالة الورم الباسورى بالكاويات فقد تتم ولكنها خطرة مؤلمة وفيها ريب ولذا تركها الجراحون المحدثون والكى بالحديد المحمى مؤلم ايضا ولذا تركوه * والربط فى ازالة الاورام الباسورية الخارجة عملية بسيطة كافية وغير خطرة اذا كانت الاورام بارزة وفيها بعض زيادة فى الحجم وقطعها بالمقص ربما كان اجود لانه آمن واسرع ولا ينبغى استعمال الربط فى البواسير الباطنة لانه لا يتم بدون ان يأخذ مع الورم جزأ من الغشاء المخاطى الذى للمستقيم وكثيرا ما شوهد من ذلك حدوث مغص شديد وانتفاخ فى البطن وحمى وفواق وقيء وجميع اعراض الفتق المختنق فلذا كانت الآلة القاطعة اجود من الربط * والقطع من العمليات الكافية فى الورم الباسورى وهو ان تمسك الجهة الاكثر بروزا من الورم بكلاب وتقطع بالمقص دفعة واحدة فيحصل عقب ذلك بسرعة استفراغ ما فى الاجزاء ثم نزيف دم بطيء مع صديد ويعقبه سريعا الشفاء والالتحام واتمام هذه العملية سهل جدا اذا كانت

عمليه ازالة البواسير بطرق مختلفة

ازالتها بالجواهر الكاوية اوالحديد المحمى

ازالتها بالربط

ازالتها بالقطع

البواسير ظاهرة فان كانت خفية وغير بارزة من الشرج فينبغى ان يدخل
فى المستقيم سدادة من نسالة تربط بخيط وتشبط حتى تكون فوق البواسير
ثم تجذب الى اسفل فتنفرطح وتسحب الاورام الى الخارج فعند ذلك تعمل عملية
القطع وقد يحصل عقب قطع البواسير نزيف غزير فان كان من جرح ظاهر
سهل حبسه بالكبس عليه كبسا معتدلا وان كان عقب عملية فى الباسور الباطنى
فلا يمكن حبسه بذلك ويسرى الدم فى المستقيم ثم يملأ القولون وربما هلك المريض
من ذلك فى لحظة ويظهر ذلك بان يحس بحرارة باطنة مصحوبة بانتفاخ فى البطن
وضعف فى النبض واصفرار فى اللون فينبغى لاجل دفع هذا العارض ان يوضع
عقب القطع سدادة من نسالة مربوطة بخيط وتشبط كما مر فان لم ينقطع النزيف
بذلك فينبغى ازالة السدادة وتفريغ المستقيم من الدم المنحصر فيه بالحقن ويؤمر
المريض بان يتعنى كالتعنى للبراز وان يستعمل السدادة المذكورة لاخراج البواسير
فعند ذلك يظهر المحل الخارج منه النزيف فيكوى بالحديد المحمى

السادسة البوليبوس

هو يندر فى المستقيم جدا وهو ورم رخو ذو ساق ويغلب كونه صغير الحجم ذا نفطات
ويكون فى المستقيم وفى الشرج والخياشيم والرحم وغير ذلك وله عنق ويظهر بالم
غائر ثقيل مصحوب بتشوش الهضم واذا لم يكن غائرا جدا ادرك بالجس بالاصبع
فان كان بقرب الشرج خرج وقت التعنى للبراز وازالته تكون بقطعه بالمقص
من ساقه وهذا سهل

السابعة سقوط المستقيم

كثيرا ما يعرض للمستقيم انه يخرج من الشرج وهذا اما من انقلاب غشائه
المخاطى على الشرج او من تداخل ذلك الغشاء فى بعضه وسقوط الجزء العلوى
من المستقيم او من نزول القولون من الباطن وهذا الداء كثيرا ما يحصل للصغار
المصابين بالاسهال والزحير وقد يعرض للشيوخ المصابين بالحصاة او بالبواسير
ويعرف كونه من انقلاب الغشاء المخاطى فقط بكون الورم صغير الحجم قليل الطول

وبانه اذا وضع الاصبع فيما بين الغشاء ودائرة الشرج لا يتمكن من النفوذ من ثالثة الغشاء فان كان من تداخل الغشاء كان الورم كبيرا طويلا وقد يكون طوله من ستة قراريط الى عشرة وربما كان قدما * والذى ينبغى لاجل رد المعا ان ينكب المريض جاثيا على ركبتيه ومرفقيه رافعا عجيزته والجراح يغمز بالاصابع المدهونة على الاجزاء الخارجة غمزا لطيفا فان كان هناك ورم كبس عليه باليد اوربط برباط ضاغط فى اول الامر ليقل حجم الورم وان اختنق الورم وظهرت عوارض خطرة فينبغى عملية الاطلاق بان تشق العضلات العاصرة ثم يرد الخارج ويستعمل لعدم خروجه ثانيا الابزن الباردة والحقن المقوية ثم الرباط الضاغط على الشرج فان استمر بعد ذلك خروج الطبقة الباطنة من المستقيم واتعبت المريض فيصح بدون ضرر ان يقطع الجزء الزائد منها الى حد الشرج وان تبين ان المرض حاصل من استرخاء الشرج نفسه فينبغى قطع بعض الثنيات المجاورة للشرج بالمشرط او بالمقص فان ذلك يضيق المحل ويرد له حركة الانقباض والانبساط التى عدمت منه

معالجة برد المعا

الثامنة سرطان المستقيم

هو من الامراض المهولة ولا شئ يمنع من انتشاره الا الاشياء المناسبة لضد الالتهابات المزمنة المفسدة للنسيج ولا تستعمل عملية من عمليات الاستئصال الا اذا كان الداء غير ممتد وملازما لجهة واحدة وطريق العملية يتعلق بحذق الجراح فليخترع طريقة حسنة تناسب الحال ليصير بها النجاح ومع ذلك فقد يوجد فى المستقيم قروح سرطانية فتكوى بمحلول الزيبق فى حامض ملح البارود فيضعه على تلك القروح منفذا من الالة المرئية الرحمية وهذه الالة لها نفع غريب فى هذه الآفات وفى البواسير الغائرة لانها تعرفنا موضع الداء واتساع داء الامعاء وفى سهولة وضع الوضعيات اللازمة له

التاسعة ضيق الشرج

كثيرا ما يحصل من انقباض تشنجى دائمى فى العضلات العاصرة يمنع اندفاع

المراد الثغلية وقد يكون في بعض الاشخاص حاصلا من التهاب مزمن افرنجي يحدث منه زوال انبساط الشرج تدريجيا ففي الاول ينبغي الجلوس في الماء واستعمال الادوية المضادة للتشنج والمراهم المخدرة وهذا هو الانسب وفي الثاني يزاد على الاشياء المذكورة الوضعيات الزيبقية واستعمال الزيبق من الداخل فان استمر الداء مع ذلك اضطر الى شق دائرة الشرج والعضلات العاصرة * واما

شقوق الشرج

شقوق الشرج فهي اسم لقروح مستطيلة ضيقة قليلة الغور خفية في اقصى ثنيات الشرج ويتسبب عنها الم محرق غير محتمل يكون في وقت البراز خصوصا بعد خروجه في الغالب لا تكون كثيرة ولا شيء يشفيها الا العملية * والمستعمل

طريقة فصل الشرج

في فصل الشرج مشرط ذو زر نصله ضيق ينطبع على باطن السبابة اليسرى ويدخلان في المستقيم بعد ان يدهنا فاذا وصلا الى المحل المقصود التفت الجراح بحد المشرط الى نحو الشرج وشق الشق اللازم فان كان الموجود في المحل الضيق وحده وجب كون الشق متجها الى الجنب او الخلف وان كان معه شق فتح عمقه وبالجملة فالدائرة المنتفخة من الشرج ينبغي قطعها بتمامها لاجل نجاح العملية

العاشرة عدم وجود فتحة الشرج او عدم وجود المستقيم

اعلم انه كثيرا ما تولد الاطفال والشرج فيهم غير منفتح وهذا يختلف من وجوه الاول ان تكون العضلات العاصرة موجودة وهيئة فتحة الشرج موجودة الا انه يغشيها غشاء صفيق او رقيق يسدها ويمنع خروج البراز الثاني ان تكون الفتحة السفلى من المستقيم موجودة ولكنه اذا وضع فيها الاصبع او المجس يحس بسدادة غشائية من فوقها قريبة منها او بعيدة فيظهر كأن هذه الفتحة نافذة والحال انه لا يخرج منها شيء الثالث ان يكون المستقيم غير كامل لا يصل للشرج وغير مثقوب ويحس من جهة اعلى بان طرفه الاسفل مملوء بالبراز وانه منزل الى اسفل وكثيرا ما يكون المستقيم واصلا للشرج الا ان طبقاته ملتصقة ببعضها فيكون كحبل ليفي لا تجويف له الرابع ان لا يكون للشرج اصل موجود ولكن بالتفتيش عليه في محل مظنته يحس بالورم المتكون في طرف المستقيم وبانه

الى اعلى الخامس ان لا يدرك الشرج ولا الطرف السفلي من المستقيم لا بالنظر ولا باللمس السادس وهو الاخير ان يكون المستقيم منفتحا في المثانة او في المهبل سواء كانت فتحته السفلى نافذة او غير نافذة * وفي جميع هذه الاحوال ينبغي ان يكون الطفل وقت العملية مستلقيا على ظهره في حجر مرضعته وفخذاه وساقاه منثنية على بطنه ليكون الشرج والعجان بارزين مكشوفين ثم ان كان السداد للشرج غشاء بسيطا اشق شقا صليبيا بالمشرط وان كان اعلى من الشرج تمم الشق المذكور بالسبابة والمشرط وان كان الشرج ضيقا فقط بحيث لا يمكن خروج المادة الثفلية منه كما يشاهد في الاشخاص البالغين فينبغي شق دائرة الشرج والعضلة العاصرة المحيطة به وان كان المستقيم غير كامل ويحس من اعلى بتنزيل البرازله فينبغي بعد تفريغ المثانة ان يوصل اليه مشرط ذو نصل طويل ضيق او آلة بزل غليظة بانبوبة فان الانبوبة تنفع لخروج المواد الثفلية وينبغي للجراح في هذه العملية ان يعلم ان المستقيم النازل ليس له مسند يرتكز عليه من جهة المثانة فيكون انحداره الى الامام فينبغي ان يفتش عليه من جهة الامام متباعدا عن العجز وان كان محله الطبيعي هناك وفي آخر الامر ان لم يكن اثر الشرج يدل عليه ولا الانتفاخ يدل على المعا فيمكن الوصول الى المعا بادخال المشرط او آلة البزل في القسم الشرجي وفي هذا لا ينبغي للجراح ان يغوص بالآلة اكثر من ثلاثة قراريط فاذا وصل الى هذا الحد ولم يجد شيأ فعليه ان يفتح شرجا مصنوعا وهذه العملية سنشرحها فيما بعد والمستقيم اذا انفتح كله في الرحم او في المثانة فليس لذلك طريقة شفاء في الجراحة وان انفتح منه قناة صغيرة في احدهما ويقال له حينئذ ناصور مثاني مستقيمي او رحمي مستقيمي فربما حصل الشفاء بالطرق التي تستعمل لمثل هذه العوارض في البالغين وانفتاح المستقيم في المهبل اقل ضررا من انفتاحه في المثانة لان انفتاحه في المهبل لا يمنع اتمام وظيفته

عملية اللازمة لهذه الاحوال

الباب الثالث

في

في انواع الفتق البطني وما يخصه من العمليات وفيه عشرة مباحث

المبحث الاول فيه كلام كلي في الفتق

الفتق البطني كثير ويحصل من اشياء كثيرة

الفتق مطلقا معناه زوغان العضو او جزء منه ونفوذه من تجويف يحصره الى تجويف آخر او الى خارج الجسم وهو في البطن اكثر منه في بقية اجزاء البدن وهذه الكثرة حاصلة من طبيعة الاعضاء المنحصرة في البطن ومن الاستعداد الكائن في جدران تجويفها ومن الوظائف التي تتممها تلك الجدران * اما الاول

الاول تحرك الاحشاء البطنية

فلأن الاحشاء البطنية كثيرة التحرك وسطحها املس ومندى بمصل غزير فتكون قابلة للتشكل باشكال مختلفة وللتحيز في اي جهة من الجهات والامعاء الدقاق والثرب اسهل من بقية الاحشاء في الزوغان والنفوذ اللذين يكون عنهما الفتق ولذا كانا اكثر ما يوجد في الاورام الفتقية ويليهما في ذلك الامعاء الغلاظ والمثانة والمعدة والرحم والطحال والكبد واما الاثني عشري والكليتين والبانكرياس فيظهر انها غير قابلة للفتق * واما الثاني فلأن الجدران المقدمة البطنية وان كانت

الثاني استعداد جدران البطن

تقاوم اندفاع الاحشاء وتمددها لكنها اقل مقاومة من الاقسام الخلفية والسفلية من البطن فهي وان كانت مركبة من طبقات لحمية وليفية بعضها فوق بعض ومختلفة في الاتجاه الا انها كثيرة الانبساط والانقباض ولان اغلب انواع الفتق البطني يكون في الفتحات الاربية والفخذية التي هي على الجدران الجنبية والسفلى من تجويف البطن والامعاء والثرب لا تزال مندفعة نحوها عند الانتصاب المعتدل فلذا كان اغلب انواع الفتق البطني في تلك الفتحات واما الثقب السرتي والثقب التي تحت العانة ويسمى الثقب السدادي والشرم الوركي وبقية الفتحات البطنية فالفتق فيها اقل مما قبلها والفتق في الحجاب الحاجز والعجان يكون فيما بين اخلية الالياف اللحمية والوترية العريضة المتكون منها هذان العضوان وبالجملة فالفتق يحصل في جميع الجهات التي تكون الجدران البطنية فيها مسترخية وضعيفة بسبب مرض او قروح او آفات شبيهة بها * واما الثالث

الثالث الوظائف التي تتممها جدران البطن في العادة

فلأن الفتق العنفواني الشديد الحاصل من شدة افعال عضلات الاطراف والجذع

يمتد منها حتى يتجمع فى جدران الصدر والبطن فيقبض الحجاب الحاجز من جهة وعضلات الجانب المقدم من جهة اخرى وهما يصلبان الاضلاع والحوض ويصير انهما محل ارتكاز صلب للاطراف المتحركة وهذا الانقباض لا يتم الا بتغير فى شكل تجويف البطن وبحصول انكباس شديد فى الاعضاء المنحصرة فى هذا التجويف فاذا انكبست الاحشاء الى الاسفل والامام بالحجاب الحاجز واندفعت الى الخلف بالعضلات المستقيمة والمنحرفة والمستعرضة رفعت الاجزاء الاربية والفخذية عن محلها فتنزلق مندفعة بقوة فى الحوض الصغير فان كانت الاوتار العريضة مسترخية اوكان بين اليافها انفصال عارضى انزلقت تلك الاحشاء فى المحال التى هى اقل صلابة وحصل الفتق وكذا اذا لم توجد فى تلك الفتحات التى ذهبت نحوها الاحشاء المقاومة الاعتيادية الخاصة بها التى تدفعها بها على الدوام فانه لابد من نفوذ الاحشاء فيها وهذه القوة العنيفة فى العضلات المتسلطة على الاحشاء الكثيرة التحرك فى البطن كقوة متحاملة على سيال منحصر فى تجويف رقيق فاذا اشتدت عليه تلك القوة خرج من جدار ذلك التجويف *

...اب الفتق تؤثر تدريجا ...اودفعة

واسباب الفتق كثيرة وتأثيرها اما بطئ فتزيل تدريجا الموازنة التى لابد من وجودها بين مقاومة جدران البطن واندفاع الاحشاء طلبا لخروجها الى الظاهر بسبب الحركات العنيفة واما بقوة شديدة تندفع بها الاحشاء نحو جهة من جدران البطن فتخرج دفعة واحدة من ذلك الجدران الذى جعلته الطبيعة مانعا لها عن الخروج *

...منها ما هو مهيئ ...ومنها ما هو متمم

وهذه الاسباب منها ما هو مهيئ ومنها ما هو متمم وغالبا تجتمع فيحدث الفتق فالمهيئة هى استرخاء الجدران المقدمة للبطن واتساع الفتحات وغير ذلك مما يجعل الشخص مستعدا للفتق والمتممة هى الرياضة العنيفة والسعال الحاصل بحركات شديدة فجأة والطلق بشدة وعنف فان هذه متممة لحصول الفتق وقد لا تجتمع هذه الاسباب كلها بقوة واحدة وقد تخرج الامعاء دفعة واحدة من حركة عنيفة من رجل قوى وان لم يكن فى الفتحات البطنية اثر استرخاء وقد يحدث ذلك من حركة غير عنيفة اذا كانت الانسجة مسترخية وليس فيها قوة على مقاومة اقل اندفاع *

...دة بها ترتيب ...ا الفتق

والفتق يسمى قابل للرد وغير قابل له على حسب رجوع احشاء

البطن الى مواضعها الخارجة منها وعدم رجوعها الحاصل ذلك من استعدادات مختلفة ويسمى ايضا باسماء خاصة على حسب الاحشاء او الفتحات التى تخرج منها تلك الاحشاء اما بحسب الاحشاء فيقال فتق معوى فتق ثربى فتق مثانى فتق رحمى فتق معدى فتق كبدى ونحو ذلك واما بحسب الفتحات فيقال فتق اربى وفخذى ووركى وعجانى وبطنى وسرتى وحجابى حاجزى ونحو ذلك ومن اجتماع بعض هذين النوعين تكون اسماء الفتق المركبة الدالة على الاحشاء ومحل الفتق فيقال فتق معوى ثربى اوربى للحاصل من نفوذ المعا والثرب فى الحلقة الاربية وكذا يقال فى البقية ✻ واذا وجد بقرب فتحة طبيعية من البطن او بقرب شق قديم فى جدران البطن ورم حصل عقب حركة عنيفة كثرت شدتها او قلت فذلك الورم ربما كان فتقا او بشا كد كونه فتقا بكون الورم رخوا ملازما لمحل واحد بدون تغير فى لون الجلد وبكون خروجه من الداخل الى الخارج ونزوله من اعلى الى اسفل وبكون الوقوف المستقيم والمشى والرياضة تزيد فى حجمه وتوتره وكل من الراحة والاستلقا يقلل حجمه او يخفيه وبكون الجزء المنفتق يبرز دفعة عند حركة السعال العنيفة ويقرع اليد الموضوعة عليه للاستقصا وبكونه له ساق ويقبل الرجوع من الفتحة البطنية ليدخل فى جوف البطن وبوجود مغص وتوتر فى المعدة وتغير فى نظام افعال الهضم وهذه العلامات لابد من ظهورها ومصاحبتها للفتق على اى حالة كان وفى اى محل كان فلا تفارقه غير ان بعضها يتنوع فيظهر به اختلاف الفتق ✻ والفتق الحاصل من المعا يكون مستديرا كرويا سهل الرد غالبا وفى ابتدائه يرجع بالغمز عليه برفق ويصحبه بعض قراقر حاصلة من تجمع الرياح والسائلات المعوية وحجمه يختلف على حسب فراغ المعا او امتلائه من المواد التى توسعه وقوامه يكون على حسب طبيعة الرياح والسائلات والجامدات المنحصرة فيه ✻ والفتق الحاصل من الثرب يكون رخوا كالعجين غير متساو لا يتغير قوامه ولا يرجع الا بعنف شديد بعد ان يدفع باليد الى اخر جزء منه فيدخل ببطء وبدون قرقرة ✻ والفتق الحاصل من المعا والثرب معا توجد فيه علاماتهما فيكون لينا كالعجين قابلا للتمدد من المواد المعوية واذا رد ادخل احدهما

علامات عامة لمطلق الفتق

علامات الفتق المعوى

علامات الفتق الثربى

علامات الفتق المعوى الثربى

في الغالب بدون عنق مع قرقرة والثاني يبقى خارجا متعاصيا فلا يرجع الا بعنف
شديد * والفتق الحاصل من المثانة نادر جدا ومحله في الغالب العجان — مات الفتق المثاني
او المستقيم في الرجال او المهبل في النساء وقد شوهد بروزه امام القصبات الاربية
وكيف كان فعلامته تكون الورم عظيما متموجا واذا اجتمع البول في المثانة تمدد
الجدران الخارجة واذا استفرغ قل حجمها وقد يبقى جزء من البول في الفتق
فيظهر للمريض الاكتفا بما استفرغ فاذا ارد العضو الى محله استشعر حالا
بالاحتياج الى البول ثانيا وكثيرا ما تتكون الحصاة في الفتق المثاني القديم
ويحس بها من خارج جدران الورم * والفتق الحاصل من الرحم نادر جدا ايضا — مات الفتق الرحمي
ويمكن ان يكون اربيا او فخذيا وورمه يكون مستعصيا صلبا اكثر من بقية انواع
الفتق وحجمه لا يتغير والمهبل في هذه الحالة يستطيل ويتجه الى اعلى مائلا الى
جهة الورم واذا كان الفتق فيه كاملا لم يصل الاصبع الى عنقه فان كان غير كامل
وصل اليه ووجده عاليا جدا والغمز بالاصبع على عنق الرحم يمتد تأثيره في الحال
الى بقية العضو فتحس به اليد الموضوعة على الجزء المنفتق من الخارج وقد شوهد
ان الرحم في هذه الحالة يحصل فيه العلوق ويعظم في محل الفتق من البطن خارج
محله الطبيعي وحينئذ فلا يشك في طبيعة الفتق * والكبد والطحال لا يكون — علامات الفتق
فيهما فتق حقيقي بل معنى الفتق فيهما ان يبرز منهما جزء برفع المراق من احد — لبدي والطحالي
الجانبين من غير ان يخرجا عن محلهما الطبيعي ولنكتف بما ذكرنا عن زيادة شرح
الفتق فيهما لانهما لا يستدعيان الا المعالجة المستعملة في التهابهما المزمن *
واول من اظهر الفتق الكائن اعلى السرة قرب المعلقة الخنجرية جرانجو وورم هذا — ت الفتق المعدي
الفتق صغير كروي يابس وربما عسر ادراكه باللمس ويصحبه تشوش كبير في افعال
الهضم مع بعض توتر في القسم الشراسيفي وغالب الجراحين تأمل اولا في هذا
الفتق فرأى انه حاصل من المعدة ثم قال ان هذا العضو لا يقبل الزوغان عن محله فظن
انه حاصل من القولون المستعرض او من اثرب المعدي القولوني ولكن من حيث
ان التشريح المرضي لم يجزم فيه برأي الى الان فهو باق على الشك فيه وينبغي
صرف الهمة لتحقيقه

تشريح مرضي في الفتق

الدراسة في علم التشريح المرضي للفتق حصل فيها تقدم ورواج في هذه السنين المتأخرة بواسطة سرف همة المعلمين اسكاربا ومنرو وويستر وكامبر واترافرس وكوبر ولورنس ودبويترن وشوسيه ومرچولين وبرسيه كالوكيه وغيرهم فينبغي الاعتناء بمطالعة كتب هؤلاء المؤلفين والتأمل فيها وينبغي في كل فتق بطني ان يبحث اولا عن احوال الفتحة الخارج منها الحشي وثانيا عن الاحوال الغير الطبيعية التي اكتسبها ذلك الحشي وثالثا عن اللفايف المحيطة بالورم بدون واسطة ورابعا وهو الاخير عن الاجزاء التي ظهر الحشي فيما بينها

الاول حالة مرضية للفتحة الخارج منها الحشي

اما الاول فان الفتق اذا تكون بطيء تقدمه استرخا تدريجي في صفحات الوتر العريض البطني فتفرق وتتباعد وتتسع الفتحات الطبيعية التي كانت تلك الصفحات مانعة لها بصلابتها عن التوسع واذا خرجت الاحشاء منها الى الظاهر زاد اتساعها سريعا وزالت قوة دائرة تلك الفتحات وشدتها فاذا خرجت منها تلك الاحشاء جرت في قنوات فيها اعوجاج وطول ثم تستقيم هذه المجاري بعد الاعوجاج وتقصر بعد الطول فتختلط فوهتاها ببعضهما ويتسع التخلخل او تفرق الاتصال العارضي الحاصل في جدران البطن الناشئ منه الفتق من تأثير الفتق بسرعة اكثر من اتساع الفتحات الطبيعية لان حوافي الفتحات اكثر صلابة ومقاومة من حوافي تفرق الاتصال ومع ذلك اذا حصل الفتق دفعة واحدة في شخص قوي فالانسجة الليفية التي كانت انبسطت من شدة الحركة العنيفة التي غلبت مقاومتها تنقبض في نفسها وتنكمش كما يحصل ذلك في الاجسام اللدنة التي فيها حركتا انقباض وانبساط فتضغط الاجزاء المحيطة بها بقوة شديدة او خفيفة فيحصل من ذلك اختناق الفتق حال ظهور الورم وقد يتفق ان لا يحصل ذلك الانقباض لكون صفحات الوتر العريض بقيت منبسطة فلا يحصل منها الضغط المذكور ويزول في الحال الالم والتعب والاحتقان الذي كان حاصلا في اول الفتق

الثاني حالة مرضية تخص شكل الاجزاء الخارجة

واما الثاني فانه كلما ازداد نزول المعا او الثرب من الفتحات التي نفذا فيها انجذب

الغذاء الى انسجتهما اكثر مما كان قبل ذلك فيزداد طول كل منهما ويصل الى محال لم يكن يصل اليها حال الصحة وليس ذلك حاصلا من استرخائهما كما كان يظن ذلك المتقدمون ولا الطول سببا للفتق كما كانوا يظنون ايضا بل الفتق حاصل من عدم مقاومة محل ما من جدران البطن على مدافعة المعا او الثرب واذا امتد الثرب فى الفتحة الفتقية ضاق عرضه فيكون ثنيات متطاولة شكلها من الداخل كمثلث قاعدته تلى المعدة ورأسه فى الفوهة الفتقية ويكون من خارج الفتحة كالقطر جزؤه الاعرض يكون من الاسفل وساقه يمتد الى اعلى فى قناة الفتق واذا كان الفتق معويا وكان الخارج جزأ منه فقط تكون منه تجويف اقصاه اوسع من عنقه ويتصل ببقية قناته الباقية فى البطن واذا خرجت عروة معوية كاملة وانضغطت جدرانها فى الفتحة البطنية تعطلت وظيفة المعا ومع ذلك يرتد جزؤه الخارج بسهولة * واذا انضغط الثرب فى الفتحة الخارج منها حصل فيه تهيج بطئ خفى ينتهى فى الفتق القديم بتغيير نسيج الثرب او فساد تركيبه بالكلية ثم تارة يتجمع الشحم فيه وتارة يستحيل جزأه الضيق الذى فيه الفتحة الى حبل ليفى وقد يتكون فى الجزء الخارج كيس ديدان نفاطية وقد شوهد ايضا ان الجزء الخارج استحال الى فندقة غضروفية او عظمية والاسباب التى ينشأ عنها ذلك فى الثرب ينشأ عنها ايضا الصفاقة والتيبس فى جدران المعا المنفتق فيزول بذلك لدونتها وميلها للانبساط ويدوم الضيق الحاصل من الفتحة الفتقية وقد شوهد حدوث التهاب شديد تسبب عنه فى ايام قليلة التصاق جدران المعا المختنق فزال بذلك تواصل قناته وفى غالب الفتوق القديمة اذا عدمت لدونة المعا تمدد مع استرقاق طبقاته وفقدت معظم قوتها الانقباضية بالكلية

(يرى ما يعرض فى بقية الاعضاء المذكورة)

(الثالث احوال اللفايف المحيطة بالاورام الفتقية)

واما الثالث فلان جميع الاحشاء البطنية التى يلف البريتون اغلب تلافيفها تندفع فى الفتحات التى تخرج منها وتوسعها دافعة امامها الجزء المحاذى لتلك الفتحة من البريتون وهذه اللفافة البريتونية المحيطة بالفتق اذا ظهرت للخارج تكون منها ما يسمى بالكيس الفتقى وهذا الكيس لابد من وجوده فى كل فتق الا اذا كان العضو المنفتق خارجا من قرحة بطنية قديمة فانه يوسع محل التحامها

بعض الفتوق لا يكون ملتفا الا بجزء من البريتون

فتق هذه الاعضاء على ثلاثة انواع

من غير ان يخرج معه شيء من البريتون * وبعض الفتوق لا يكون ملتفا كله بالبريتون وهو الحاصل من الاعضاء التي سطحها غير مغطى كله بهذا الغشاء كالاعور والمثانة والرحم * والفتق فيها يصير على ثلاثة انواع النوع الاول ان تتقارب الاعضاء المذكورة تدريجا نحو فتحة بطنية وتنزلق آتية تحت البريتون ولم تزل سائرة على هذه الكيفية فانها حينئذ تخرج الى الخارج بدون ان تدفع امامها البريتون لانها ترفعه وتنزلق فيما بينه وبين جدران البطن واذا كان الفتق لم يحصل الا في الجزء الغير المغطى بالبريتون فذلك فتق لا كيس له فان خرج العضو كله يجذب معه الى الخارج الغشاء المصلي الملاصق لسطحه فيتكون امام الورم الفتقي كيس غشائي مصلي تندفع فيه غالبا الامعاء الدقاق والثرب والنوع الثاني انه قد يتفق في بعض الاشخاص ان يكون فتق الاعور او المثانة غير اولي بل عقب الفتوق الاعتيادية كما في فتق صار ذا حجم كبير فانه يجذب اليه البريتون من جميع الجهات القريبة من الفتحة الفتقية وربما كان الاعور او المثانة ملتصقا بهذا الجزء البريتوني فينجذب معه الى الخارج والنوع الثالث انه قد يتفق ان اخر الامعاء اذا خرج ولم يزل الورم الفتقي يزداد فان الاعور ينجذب خارجا عن البريتون ويكون ملازما لاحد جوانب الكيس الفتقي فيظهر ان ذلك العضو من تعلقاته ويكون بروزه في هذا التصويف قليل الظهور * وقد شوهد في الصغار وجود الاعور منفتقا ومعه كيس فتق كامل وذلك بسبب ان الخصية فيهم ملتصقة بالاعور فاذا خرجت جذبت هذا المعا في الطبقة الغمدية

الفتق الخلقي يكون ملتفا من كل جهة بالطبقة الغمدية

كلام كلي في الكيس الفتقي

والكيس الفتقي يتكون من تمدد وزوغان البريتون في وقت الفتق وذلك الزوغان يختلف في الاشخاص على حسب التصاق البريتون بجدران البطن بواسطة نسيج خلوي مندمج كثيرا اندماجه اوقل وكذا سمكه وقوته وكثافته تختلف ايضا فعلى هذا تارة يكون ظهور الكيس الفتقي من زوغان البريتون عن محله اكثر من كونه عن تمدده وتارة بعكس ذلك) والجزء الضيق من الكيس الملازم للاحشا المحاذي للفتحة

عنق الكيس الفتقي

البطنية يقال له عنق الكيس الفتقى وهو رخو وفيه ثنيات بالطول متكونة من تقارب جدرانه وفي ابتداء الفتق لا تأثير له في الاجزاء المحيط بها فاذا اقدم اكتسب صلابة وصفاقة وقوة والتصقت الثنيات ببعضها فيحصل فيه اندماج لم يكن موجودا قبل

جسم الكيس الفتقى

* وجسم الكيس الفتقى هو مادون الفتق وهو الذي اذا وصل الى الخارج صار بهيئة المحل الذي هو موضوع فيه فيكون مفرطحا او مخروطيا او اسطوانيا او غير ذلك على حسب شكل المحل وقد تصادمه موانع فيعلوها او ينفذ في الفتحات المجاورة لها فيكون على هيئة فصوص او زوائد معلقة او تجاويف او غير ذلك ومقدار كل من ذلك وشكله مختلف ويضاف على الاسباب المذكورة التي حصل منها تغير الشكل سبب اخر وهو فعل الاحشاء الدائم في عنق الكيس وفي جسمه وذلك كما اذا اندفعت احشاء جديدة دفعة واحدة على كيس قديم ضيق العنق ولم يكن فيه اختناق بل كان ضعيف الالتصاق بدائرة الفتحة الملازمة له ولم يمكن نفوذ تلك الاحشاء في ذلك الفتق لضيقه فان الفتق القديم ينزل الى اسفل ويتكون فوقه كيس فتقى اخر تكون فيه الاحشاء الجديدة فحينئذ يوجد ورمان ينفصل العلوي منهما عن السفلي بتضايق حاصل من الفتق القديم

اكياس سبحية

* واذا تكررت هذه الحركة ظهرت اكياس فتقية فوق بعضها على شكل سبحة يقال لها اكياس سبحية

كيس ذو فصوص

* فان كان الكيس الجديد غير موضوع باستقامة فوق الورم القديم بل نزل بجانبه صار الكيس الفتقى ذا فصين او اكثر

فتق مزدوج

* واخيرا اذا تكون كيس جديد عقب حركة عنيفة بقرب كيس قديم لا يمكن ان يزول عنقه عن محله كان هنا الفتق مزدوج اي ورمان فتقيان متوازيان وعنقاهما يجتمعان بعنق واحد محاذ للفتحة البطنية وهذه الاختلافات كلها تحققت بواسطة التشريح وكلما تجدد التفتيش ظهر غير ذلك قطعا وجميع ما تقدم شرحه يكفي في ايضاح تكون هذه الفتوق المختلفة

رض الكيس الفتقى

وقد يعرض للكيس الفتقى عوارض مختلفة تنشأ عن آفات بادية او عن التهاب حاد او مزمن حاصل في الفتق والاسباب التي يتحصل منها غالبا هي الضربات الواقعة على الفتق والحركات العنيفة من الاحشاء الحاصلة من الداخل الى الخارج والتهاب

هذا الكيس يكون غالبا من مشقة تحصل فى الاجزاء المنفتقة فتارة تكون لفافتها المصلية حمرا مغطاة بمادة زلالية جامدة متجددة وتارة تلتصق بالاحشا وتارة وهو الاغلب تصير ثخينة اوشحمية اوليفية واخيرا شوهد انها غضروفية اوعظمية

الرابع احوال الاجزاء الكائنة خارج الفتق

واما الرابع فان جميع الاجزاء الخارجة اللابسة على الفتق من الظاهر يتغير نسيجها غالبا اذا صار الورم قديما اذا حجم كبير وذلك يحصل من التمدد والانضغاط الحاصلين من الفتق ويرق الجلد من التمدد الحاصل فيه وتختلط صفائح النسيج الخلوى بصفائح الوتر العريض فتنبرى ثم تزول وذلك من انضغاطه بين الجلد والورم ثم يصير الورم حينئذ سطحيا تحت الجلد وفى بعض الاشخاص تظهر حالة غير هذه وهى ان يصير النسيج الخلوى صفيقا مندمجا ويتكون الى صفائح يظهر انها ليفية وهذا ما عاصر كثيرا من حذاق الجراحين وقد يظهر امام الفتق خراج كيسى مصلى واورام مكونة من شحم وهذا مما يعسر معه تشخيص المرض *

الالتصاق فى الاورام الفتقية

والالتصاق فى الاورام الفتقية اما بواسطة اخيطة ويسمى خيطيا واما بدون واسطة ويكون اما جديدا رخوا وقديما خلويا صلبا ففى الحالة الاولى يكون التصاق الاجزاء ضعيفا ينفصل بادنى جذب وفى الحالة الثانية يكون قويا وقد يكون زائدا فى القوة جدا بحيث لا يظهر امتياز بين الاجزاء ثم الالتصاق على اى نوع كان تارة يكون بجزء الاعضاء المنفتقة فتكون ملتصقة ببعضها فى جزء عظيم منها او بالكيس الفتقى وتارة تكون بكل جهة من الورم فتكون الاحشاء الملتصقة بجسم واحد يغطى جميع السطح الباطن من الكيس الفتقى وتلك الاختلافات لا تعرف تحقيقا من العلامات الظاهرة فى الفتق والعلامات العامة للالتصاق هى قدم الورم واستعمال الاحزمة الغير الجيدة لمنعه عن الخروج وعدم رده كلا او بعضا من هيران يظهر ذلك من حجمه اومن تضايق الفتحات النافذ منها واذا كانت هذه الالتصاقات قديمة امكن ان تكون متينة وصلبة وممتدة وان يصير الورم الكائن من الخارج مع بقية الاجزاء قطعة واحدة مندمجة صلبة وقد توجد احوال غير ذلك يظهر منها ان الاحشاء التصقت ببعضها او بالكيس التصاقا ضعيفا جزئيا * والفتوق البسيطة القليلة

عوارض تحصل اولا من الفتق البسيط

الجم يمكن ان تستمر زمنا طويلا من غير ان ينشأ عنها عوارض خطرة واغلب
ما يحصل منها بعض تشوش فى الهضم وتخمة معوية وتوتر فى القسم
الشراسيفى * والفتوق القديمة ذوات الجم يصحبها اعراض شديدة الخطر
فيحصل الم متواتر عقب التغذى او الرياضة العنيفة او الوقوف الطويل او نحو ذلك
ويحصل من هذه العوارض ضعف تدريجى وتشوش فى وظائف الهضم ثم انتقال
الى حالة الذبول * واذا حصل فى الفتق تهيج حاد شديد فالعوارض فيه تسير
اسرع سير والورم يزيد حجما ويشتد تعاصيا ويمتلى من مادة برازية يضعف سيرها
ثم يقف فحينئذ يحدث غثيان وفواق وقىء قليل يكون فى اول الامر مادة كيموسية
ثم صفراوية ثم مخاطية واخيرا يكون مادة برازية والمريض لا يكون معه حمى
والفتق لا يكون معه الم شديد * واذا استمر هذا الاحتقان والتهيج المعوى المعدى
اياما كثيرة بل واسابيع التهبت الامعاء المحتبسة وورمت وزاحمت عنق الكيس
الفتقى فيختنق اختناقا خفيفا او شديدا ويصير الورم مؤلما فى الحال وتتوتر البطن
السفلى ويتواتر القىء ويزداد قلق المريض جدا ويصغر النبض ويتواتر ويزيد
الامساك حتى لا يخرج من الشرج شئ والسبب الاولى فى ذلك هو امتلاء فى الفتق
اما من مواد برازية او من ديدان او من نوى فاكهة او اجسام غريبة اخر
* والالتهاب الحاد الشديد فى الاحشاء المنفتقة يكون من اسباب خارجية تؤثر
فى الفتق او من تهيج معدى او معوى يمتد الى الورم ويكون وهو الغالب من ضيق
حاصل من دخول اجزاء جديدة فى الكيس الفتقى بسبب حركة عنيفة من المريض
وعلى اى حالة لا بد وان يصحبه الم شديد وتيبس الورم وحرارته وزيادة حجمه ويصير
مستعصيا وتضيق البطن ويؤلم الغمز ويحدث القىء ويتوالى بسرعة ويزيد قلق
المريض ويتواتر النبض ويصغر ويتصلب ويتعاصى الامساك جدا الا اذا كان
المختنق جزأ رقيقا جدا فان الاعراض تكون اقل اشتدادا وسيرها اقل سرعة
وعلى قدر اشتداد الاعراض تكون سرعة الموت ويتقدمه صغر النبض وابطال
الالم وظهور صبغة الموت فى الوجه وكثيرا ما تحصل الغنغرينا فى الاجزاء الملتهبة
ويوجد فى تشريح ميت مات بهذا العرض اثر الالتهاب المعدى والمعوى ظاهرا

وثانيا من الفتوق القديمة ذوات الجم

امن الفتوق المتهيجة
ر المختنقة

ية ظهور الالتهاب
لاختناق

امن الفتوق التى
ا الشديد مصحوب
نناق الاحشاء

وكذا

وكذا التهاب البريتون كثيرا وفى الفتوق القديمة والتى تسمى برازية والتى تسمى مختنقة تكون العوارض فيها حاصلة من تهيج الاعضاء المنفتقة وذلك التهيج قد يتسبب عنه الاختناق بواسطة الانتفاخ الواصل الى الاحشاء المنفتقة بسبب ذلك التهيج وتارة يكون هذا التهيج عقب الاختناق الحاصل من تضايق الحلقة وهذا كله امر سهل الادراك ومعالجة الفتوق البسيطة القابلة للرد تكون بادخال الاحشاء فى البطن وحفظها عن الخروج وباقى المعالجات المستعملة عند الكذابين المقبولة عند قليل التمييز لشفاء الفتق من اصله غير نافعة بل مضرة واما المعلمون فليس لهم فى ذلك الا طريقتان الاولى طريقة الرد بالغمز والثانية وضع الحزام الفتقى المجعول لخصوص ذلك * ففى عملية رد الفتق بالغمز ينبغى ان يستلقى المريض على ظهره ويثنى رأسه وصدره وساقيه وفخذيه وحوضه قليلا بحيث تكون كلها متقاربة نحو البطن ثم يمسك الجراح باحدى يديه الورم الفتقى ويرفعه ويأتى نحو الفتحة التى نفذ منها غامزا عليه برفق ويضع اليد الثانية قرب هذه الفتحة ليدخل بها العضو المنفتق شيأ فشيأ ويثبت بها كل جزء ادخله ومعظم صناعة الجراح تكون فى لطافة يده وفى اتيانه نحو الفتحة بجزء لائق من العضو المنفتق ليسهل نفوذه وفى انه يذهب بالاحشاء عند دخولها نحو الطريق التى سلكتها فى خروجها ويحترز عن الضغط الشديد فى الاعضاء المنفتقة لئلا يحصل فيها هتك او تمزق ينشأ عنه التهابها وغنغرينتها كما شوهد ذلك * وبعد ان يدخل العضو المنفتق تكون احدى يديه ملازمة للفتحة لتحفظ الاحشاء داخل البطن ويضع الحزام الفتقى باليد الاخرى ولاجل وضعه الجيد ينبغى ان توضع مخدته وضعا مستقيما على الفتحة التى خرجت منها الاحشاء ويثبت باقيه على دائرة الجسم تثبيتا معتدلا بحيث لا يحصل تعب فى حركات الوسط ولا فى بروز البطن الى الامام وان لا تكون مخدته محدبة جدا لانها حينئذ تدخل فى الفتحة وتوسعها فتضعف ولا مسطحة جدا لانها حينئذ لا تمنع خروجه وان لا يكون ضغطها قويا لانها تتعب المريض بلا فائدة ولا ضعيفا لانه يكون غير كاف فى منع خروجه وبعد تثبيت الحزام على الوجه المطلوب ينبغى استدامته وكثيرا

عملية الرد

وضع الحزام الفتقى

ما يكفى ذلك فى الصغار والشبان لتضيق الفتحة الواسعة لشفاء الفتق من اصله

الثانى علاج الفتق الكبير الحجم الغير المرتد

* والفتوق ذوات الحجم التى صارت غير مرتدة بسبب التصاقها او زيادة حجم بعض اجزاء منها فى الخارج قد يسهل ردها بالاستلقاء المستطيل مع تكرار عملية الغمز كل يوم حين الاستلقاء حتى يرجع العضو شيأ فشيأ كلما تناقص حجمه او استطال تلاصقه ومما ينفع فى ذلك صب الماء البارد على الفتق خصوصا فى الفتق العظيم الثربى وثمان هذه المعالجة اولا بوضع حفاظ ثم بوضع حزام فتق يكون سطح مخدته المحاذى للفتحة مقعرا ثم يسطح شيأ فشيأ فان احتيج الى تحدبه حدب كذلك فهذه الاشياء ترفع الفتق وتمنعه عن الخروج

ثالث علاج الفتق المختنق الملتهب

* واذا تجمع فى الامعاء المنفتقة مواد ثقلية او اجسام غريبة واحدثت فيها احتقان وتخمة وتهيجا فينبغى صرف الهمة فى ارجاع المنفتق بعملية الغمز ويستفرغ قبل ذلك بدفع المواد المحصرة فيه الى البطن واما المسهلات المتناولة من الفم فلا تناسب هنا وكذا المقيئات لانها تزيد التهيج المعدى المعوى والمشروبات المنبهة لا يحصل منها نفع بل هى مضرة والوضعيات الحارة المرخية على الورم الفتق نفعها قليل ومتى اشتد الالم والتهيج كان وضع العلق نافعا والوضعيات الباردة والثلج يحصل منها بعض نفع ولكن يتسبب عنها رجوع الحرارة بشدة قوية وذلك مهلك واذا لم يمكن رجوع الفتق بعد عشر ساعات او ثنتى عشر فليبادر بالعملية وحيث نزل فى هذا العارض الجزء العلوى من القناة الهضمية فى واحد من تعاطى مسهل او مقيء او منبه او نحوها فلينبه الجزء السفلى منها ليحدث فيه انقباضات مقذفة تمتد الى الفتق فتخلصه من المواد المحتقنة فيه وترجعها الى مسيرها الاعتيادى لتخرج ولا ضرر فى ذلك ومما يستعمل فى ذلك الاحتقان بمغلى ورق الدخان فانها كثيرة النفع واغلب الجراحين عولوا عليها فى النفع حتى انه على رأيهم لا تعمل عملية فتق نقلى الا بعد استعمال هذا الاحتقان) واذا اشتد الالتهاب

رابع علاج الفتوق المختنقة

فى الاجزاء المنفتقة وكان هناك اختناق اولى او تابعى فينبغى استعمال الاشياء المضادة للالتهاب فاذا كان الاختناق عقب احتقان طويل فى النسيج احتيج الى المبادرة بالعملية والا استعمل الفصد العام الكثير والجلوس الطويل فى الابزن

ووضع ثلاثين او اربعين علقة على الورم والضمادات الملينة وجميع ما يقلل الالتهاب والالم الموضعي لانه مادام الالتهاب موجود الم يتناقص والورم لم يزل متوفرا وقوي المس لا تنفع عملية الغمز في رد الفتق بل تكون حينئذ خطرة وقد حصل من استعمال العلق نفع عظيم في مثل هذه العوارض حتى انه بعد سقوطه سهل رد الفتق حالا وينبغي الملاطفة والرفق في عملية الغمز فقد علم من التجربة والامتحان ان الغمز بعنف على العضو المنفتق لاجل رده يحصل منه خطر عظيم ※ واذا لم ينجح ما ذكر من المعالجات اضطر الى العملية فلا ينبغي الاستعجال بها ولا تأخيرها جدا وان كانت المبادرة بها اقل خطرا من تأخيرها بل هي في نفسها غير خطرة ولا يحصل منها هلاك الا من حيث ان الالتهاب طال زمنه حتى احدث في الاحشاء تغير ※ ثم ان غاية هذه العملية ازالة السبب الناشئ عنه اختناق الاحشاء فلذا ينبغي الشق على الورم كله حتى ينكشف الى الظاهر ثم يرد بعد عملية الاطلاق ※ وهذه العملية ينبغي ان يجهز لها ما تحتاج اليه من الالات وما يلزم لمعالجة الجرح وذلك مشرط مستقيم واخر محدب ومقصات وملاقيط ومجس قنوي سالك الطرف واخر غير سالكه ومشرط ذو زر واخيطة مشمعة واسفنجة وماء بارد وحار ورفادة غربالية ونسالة ورفايد ولفافة تكون في اول الامر موضوعة تحت المريض ※ وبعد تجهيز هذه الاشياء وترتيبها يوضع المريض مستلقيا على الجانب الايمن من السرير وتكون جدران بطنه مسترخية ويقف الجراح جهة يمينه وواحد من المساعدين حاذق نبيه في الصناعة امام الجراح وباقي المساعدين على جانبه وبايديهم مصابيح اوشموع موقودة ان احتيج اليها ※ والجراح ينبغي له ليأمن على اتمام الشق الاول ان يثني من الجلد ثنية مستقيمة على الورم بالعرض ويشقها او يوسعها بقدر الحاجة جاريا على الشروط المعروفة في اتمام نوع هذا الشق بحيث يكون ابتداؤه من فوق الفتحة البطنية بنحو نصف قيراط الى الجهة المائلة من الفتق واذا كان الفتق عريضا بحيث يكون انفصال شفتي الجرح غير كاف لانكشافه وظهوره ظهورا تاما ينبغي توسيع الشق بشق اخر يصالبه فان كان في الجلد التهاب وتوتر يمنع رفع

اذا لم تنجح هذه المعالجة اضطر الى العملية

غاية العملية ازالة الاختناق الجهازي

• هيئة وضع المريض ووقوف الجراح والمساعدين

طريق العملية الاول شق الجلد

في نفوذ الشق حتى الى الكيس الفتقى

الجلد وثنيه فالبشق وهو على حالته بمشرط محدب * ثم اذا تم شق الجلد فليشق الصفائح الخلوية والبقية الكائنة بين الجلد والكيس الفتقى مع غاية الحرس والتأني في شقها فلذا ينبغي ان يشقها من اسفل الجهة المقدمة للفتق بواسطة ملقاط اوجفت يمسك به جزأ فجزأ من النسيج الخلوى ويشقه باعلا المشرط عند الشق مسطحا وقد يستعمل المجس القنوى بدل الجفت بان ينفذه تحت تلك الصفائح ويشقها عليه ويعرف الكيس الفتقى من تلك الصفائح المغطية له بزرقة لونه وبالاوعية المنبثة على سطحه وبالمادة المصلية المنحصرة فيه غالبا وبشفافيته التي في الغالب يظهر منها جدران الاحشاء المنحصرة فيه *

ثم فتح الكيس الفتقى

ثم اذا شق ما ذكر فليفتح الكيس الفتقى بان يمسكه ويشقه كما سبق في الاجزاء قبله اعنى بالجفت والمشرط ويكون الفتح في المحل الاميل حيث يكون اجتماع المادة المصلية فيما بينه وبين الاحشاء ثم ينفذ من الفتحة المذكورة مجسا قنويا غير سالك الطرف يلازم به السطح الباطن من الكيس ويشق عليه بعد ان يتحقق انه لم يبق جزء من الاحشاء امام قناة المجس ويصح ان يكون هذا الشق بالمقص المنحني على جانبه بان يدخل احد نصليه في قناة المجس ولا يقص الا بعد ان يتحقق ما سبق ويعرف ان الكيس قد انفتح بمشاهدة السطح الاملس للامعاء ومصليته وحمرة لونه وهيئة وضع الاوعية المغطية له فان كان هناك ريب كان كل من هيئة الغشاء وتنوع شريانه وصلابته والتغيرات التي حصلت فيه مانعا من الاشتباه بينه وبين النسيج الخلوى الظاهر للكيس وعند شق الكيس ينبغي ان يرفع الاحشاء ويبعدها عنه بان يدخل اصبعه ويديره حوالى الاحشاء فان كان هناك التصاق ناشئ عن التهاب منع الاصبع وسهلت معرفته واذا لم يكف الشق الاول في الكيس وسع كما عمل في الجلد وكلما انفتح شئ من الاوعية زمن العملية ربط * وبعد تبعيد العضو

ازالة الاختناق بشق الجهة الحاصل منها

عما كان محيطا به يزال الاختناق الحاصل فيه بشق الاجزاء التي تكون منها الاختناق وربما استعمل في ذلك من المشارط ذوات الزر مشرط بوط ركوبر والثاني اكثر استعمالا من الاول وبعضهم يقدم مشرط دبويترن و ولا يفترق عن مشرط كوبر الا بكونه قاطعا بالجهة المحدبة من نصله واخترع شوماس مشرطا به تكون

العملية بسيطة وسهلة بالقدر المرغوب * فان كان الاختناق اسفل عنق الكيس سهل معرفته وشقه بادخال السبابة فى الفتحة الفتقية على طول الاحشاء ويعرف فيها الضيق الحاصل فى اصل الفتق فانه حيث وقفت السبابة ولم يمكن نفوذها كان هناك محل الاختناق والسبابة حينئذ تنفع موصلا للمشرط ذى الزر او مهدية لادخال مجس يكون موصلا للالة القاطعة ثم توسع الفتحة بقدر ما يلزم لرد العضو المنفتق وهذه العملية ينبغى ان تكون فى الجهة المقابلة للاوعية المجاورة لعنق الكيس الفتقى لئلا تصاب فلذلك ينبغى التمسك بالقانون العام وهو انه متى حصل فتق من فتحة طبيعية من البطن انزلق على الاوعية المارة فى تلك الفتحة بدون ان يزيغها عن محلها فتكفى معرفة الجدران المارة فيها تلك الاوعية لتصان بتوجيه الشق الى محل اخر بعيد اعنها * وبعد عملية اطلاق الاختناق ينبغى للجراح ان يدخل اصبعه فى البطن مستقصيا به ان كان هناك مانع يمنع رد الاحشاء اولا فان لم يكن اسرع بردها والقواعد المقررة سابقا فى الجروح البطنية التى معها خروج الاحشاء الباطنة ينبغى استعمالها هنا وينبغى ايضا بعد رد الثرب ان يعتنى ببسطه بسطا كاملا فانه قد يتفق ان يكون محتويا على جزء من المعا فيختنق فيه * واذا كانت الالتصاقات الكثيرة الحصول مع الفتق رخوة فينبغى تمزيقها بالاصبع ثم يسعى فى رد الفتق على ما ذكرنا فى الاحوال البسيطة وهذه عملية سهلة فان كانت باخيطة كان قطعها بالمقص او المشرط سهلا قليل الخطر واما اذا كانت صلبة مستحكمة وضمت المعا بعنق الكيس شماتو ياحتى اختلطا فينبغى شق القناة نفسها واطلاقها من التجويف واخيرا اذا كان الالتصاق شاغلا لجسم الورم الفتقى ومستحكما وممتدا فيه وكان بحيث يحتاج فى ازالته الى كون الشق فى مرات كثيرة ويطول زمنه ويؤلم فالاجود ترك الاجزاء الفتقية خارجا ومعالجتها معالجة قانونية فانه قد شوهد انها ترجع بعد ذلك من نفسها تدريجا او تغطى بقشرة لحامية وتصان حينئذ بحفاظ ذى مخدة مقعرة * وقد يضيق جزء المعا المحاذى للفتحة البطنية او لعنق الكيس بعد عملية اطلاق الاختناق ولو فى الفتوق الجديدة بحيث لا ترجع

عملية ازالة الاختناق

الخامس رد الاعضاء الخارجة

عملية الفتق المصحوب بالالتصاق

عملية تعمل فى الفتق المصحوب بضيق المعا

ة تعمل فى الفتق
حوب بغنغرينة المعا

المواد الثفلية المنحصرة فيه الى سيرها المعتاد فاذا استمرت هذه الحالة وكان الضيق
جديدا اجتهد بعد شق العضو من الاسفل فى توسيعه بالاصبع فان لم يتيسر ذلك
قص الجزء الضيق بالمقص ثم عولج معالجة بروح القناة الهضمية التى معه سهار زوال
بجوهر وشق الامعا ضرورى ايضا لاخراج الاجسام الغريبة الواقفة فى الفتق
* وغنغرينة الجزء الذى يشبه العروة من المعا المنفتق تستدعى ابقاءه خارجا
وينبغى فى ذلك التمسك بجميع ما يلزم فى الاحوال التى يكون فيها هذا العارض
نتيجة جرح بطنى معه خروج عضو فان كانت الغنغرينا حاصلة فى جميع الفتق
وصار يخرج من فتحات كثيرة فيه صديد منتن فينبغى شقه بالطول مرة واحدة
وقطع الجزء الفاسد من النسيج الخلوى ومن الكيس ومن الاغشية المعوية
ثم معالجة الجرح معالجة بسيطة وليحترز من وقوف المواد البرازية عن استفراغها
فان تعاصى خروجها وحصل هناك اختناق وكان قد تم شق غنغرينة المعا
فليدخل المشرط فى جوف المعا ويطلق الاحتباس بشق المعا نفسه مع
الالتصاقات التى لابد من وجودها فى هذا العارض وينبغى ان يحترز عن ان يقطع
زيادة عن الالتصاق فان تجاوز الحد خطر واعلم ان الاحشاء البطنية
مرتبطة ببعضها بقوة سمبتاوية شديدة حتى ان اختناق الثرب والمثانة يحصل
منه سريعا مغص وتهوع وقيء اكثر مما يحصل فى اختناق المعدة غير ان انقطاع
سير المواد البرازية فى اختناقهما ليس شديدا مثل ما هو فى اختناق المعا وان ضيق
المعا يحصل منه بعض استفراغ وان كانت بعض عوارضه الناشئة عنه شديدة
وينبغى بعد ازالة الاختناق ادخال العضو ورده فى البطن ان لم يكن هناك مانع من
ذلك والثرب اذا عظم فى الخارج وكان ورمه صلبا وكان منسد السادق قليل
الاوعية ينبغى قطعه فان كان بخلاف ذلك لف بخرقة مغموسة فى سيال ملين
ويبقى خارجا حتى تصيبه الغنغرينا بسرعة فيقطع بالمقص الى حد الاجزاء السليمة
ولا يرد الى البطن الا بعد سقوط خشكريشاته والمثانة اذا كان فيها حصاة
ينبغى فتحها واخراج الاجسام الغريبة منها وردها بعد التحام جرحها وكذا
يعمل فيها اذا لم يكن هناك اختناق وكان فى جزئها المنفتق حصاة اذا دفعت

الى البطن الزمت تأخير عملية المحصوة وتكون اخطر من هذه العملية وقد شوهد في الفتق الرحمي ان الرحم يخرج من البطن وفيه مادة العلوق فينبغي في هذه الحالة رده الى البطن ان امكن فان لم يمكن واضطر الى ابقائه خارجا فينبغي حفظه بحزام على هيئة الحفاظ فاذا انتهى زمن الحبل شق الجلد وجسم الرحم واخرج الجنين ثم بعد التحام الجرح يسعى في رده الى البطن

المبحث الثاني في الفتوق الاربية

صفة القناة الاربية

اعلم ان في القسم الاربي قناة معوجة تمتد من اعلى الى اسفل ومن الجهة الوحشية الى الانسية فيما بين العضلات المكونة لهذا القسم من الجدران البطنية ولها فوهتان احداهما عليا ويقال لها بريتونية مؤلفة من وتر عريض يسمى اللفافة المستعرضة وفي هذه اللفافة في هذا المحل توجد فتحة مغطاة بالبريتون جانبها الانسي صفيق يقرب من الليفية والوحشي رقيق خلوي والثانية سفلى ويقال لها الجلدية لكونها تحت الجلد وتسمى بالحلقة فوق العانة وهي حاصلة من منفصل الياف الجزء السفلي الباطني من الوتر العريض الذي للعضلة الكبيرة المنحرفة والقائمتان الحاصلتان من ذلك المنفصل تثبت الانسية منهما في الجهة العليا من ارتفاق العانة وتصالب نظيرتها من الجهة المقابلة والوحشية منهما تثبت في الشوكة العانية حيث تختلط بالطرف الانسي من القوس الفخذي والجدار السفلي من القناة المذكورة مؤلف من وتر عريض يشبه الميزاب يحاذي القوس الفخذي والجدار المقدم منها يوجد فيه اولا من الجهة الانسية العضلة المستعرضة ثم العضلة المنحرفة الصغيرة ثم الوتر العريض للعضلة المنحرفة الكبيرة وهذه العضلات الثلاث متراكبة فوق بعضها وكل واحدة تطول عما تحتها تدريجا لتقرب القناة في نزولها من الجلد شيأ فشيأ حتى تنفتح تحته والجدار الخلفي منها يحد بالعضلة المستعرضة والمنحرفة الصغيرة وبحافة الفتحة تحت العانة وهذا الجدار كلما ارتقى في القناة الى جهة البطن رق بخلاف الجدار المقدم فانه كلما ارتقى ازداد صفاقة ومسافته نحو قيراط * ويوجد في القناة الاربية الحبل المنوي

الاعضاء التي تجري في هذه القناة

ويقال له الخصي ملتفا اولا بقراب خلوى آت من اللفافة المستعرضة والخصيتان
اذا خرجتا من هذه القناة جذبتا معهما الياف العضلة المنحرفة الصغيرة التى
يتكون من اقواسها المنقلبة العضلة المعلقة ثم ان الحبل المنوى يحيط به اخيرا
لفافة خلوية مؤلفة من الوتر العريض المسمى باللفافة السطحية وتصحبه الى اسفل
وتختلط بالنسيج الخلوى الذى للصفن وتلتصق من اعلى بالدائرة الليفية التى للحلقة

الفتوق الاربية

فوق العانة * والفتوق الاربية الكثيرة فى العادة تكون فى الفتحة البطنية
من القناة المذكورة فى حفرة من البريتون غائرة فى الجهة الوحشية من الشريان

لاول الوحشى

الشراسيفى * ثم ان من الفتوق الاربية الفتق الوحشى وهو ما يكون منحصرا
فى قراب الحبل المنوى امام الاوعية المكونة لهذا الحبل ثم ينزل فى الصفن الى اسفل
كثيرا كان نزوله او قليلا او يكون امام وخارج الطبقة الغمدية وهذا الفتق ورم
مستطيل يمتد مع انحراف من الشوكة الحرقفية الوحشية الى الحلقة ومن الحلقة
الى الصفن فان وقف عند الاربية سمى فتقا اربيا وان امتد الى قعر الصفن سمى

لثانى الانسى

فتقا صفنيا * ومنها الفتق الانسى وهو الذى يدل ان يخرج من الحفرة
البريتونية المحاذية للفوهة البطنية من القناة فوق العانة يخرج من الحفرة
التى فى الجهة الانسية للشريان الشراسيفى والرباط المتكون من الشريان السرى
وهذه الحفرة كالاولى الا انها اقل غورا منها وهذا الفتق يخلخل او يمزق نسيج
الجدار الانسى او الخلفى للقناة الاربية وينفذ فى جوفها ثم من جوفها الى الخارج
سريعا ولا يضر الحبل المنوى ولا لفائفه بل تبقى على حالتها الطبيعية ويكون
خلف الجهة الانسية لهذا الحبل ولفائفه ونزوله فى الصفن يكون على طول
الجدران الانسية الخلفية للطبقة الغمدية وللخصية ايضا والورم الحاصل منه كروى
الشكل اذا لم يجاوز حد الاربية والاحشا النافذة فى هذا الفتق الخارجة من الفتحات
البطنية لا تتبع ظاهر استقامة مسافة القناة الاربية بل تخرج من التجويف

اه بين الفتق الوحشى سهل

البطنى من اعلى الى اسفل ومن الخلف الى الامام * ثم ان الاوصاف المذكورة
غير كافيه فى زوال الاشتباه الواقع للجراح فى وقت فحصه عن نوعى هذا الفتق لان
الفتق الوحشى القديم يحصل عنه اتساع القناة وتقارب فتحتيها بحيث ان طولها

ينقص جدا حتى يزول فيظهر ان الاحشاء كانها خارجة من البطن باستقامة وايضا فان الفتوق من حيث انها دائما ترتكز على الحبل المنوى تغيره وتفرق الاوعية التى هو مكون منها فيأتى كثير منها على جوانب الورم الفتقى او امامه ولكن ينبغى ان يعلم ان هذه الاحوال لا تحصل الا فى الفتوق الوحشية القديمة جدا وان اوعية الحبل المتباعدة عنه لا يمكنها ان تختلط بالحبل نفسه فانه يوجد كاملا ومحاطا بقرابه من الجهة الوحشية المقدمة للفتوق الانسية التى هى اكثر حدوثا واقل حجما * والاطفال معرضون الى نوع من الفتوق الاربية

الثالث الخلقى

الخلقية وهو ان تنزل الاحشا فى طول القناة متبرئة من الطبقة الغمدية والاحشاء منحصرة فى نفس لفافة الخصيتين وهذا النوع يسمى الفتق الخلقى وهو دائما وحشى لان اصل الطبقة الغمدية ثابت فى الجهة الوحشية للشريان الشراسيفى لا يتغير والخصية فى ذلك اما ان تلتصق بالاحشاء واما ان تدفعها الاحشاء الى الخلف والى اعلى فيعسر معرفة وجود الخصية واما ان تقف فى الحلقة وتوسع لفافتها او ينزلق الثرب او الامعا امامها وتصل للصفن وقد يتفق فى بعض الناس ان يكون الفتق الخلقى مصاحبا للقيلة المائية كبر حجمها او صغر وقد يوجد فى البنات الصغار فتوق خلقية تكون فى الزائدة البريتونية المصاحبة لرباط الرحم المبروم * وقد شاهد كثير من المعلمين فتوقا اربية

الرابع غير طبيعى

مزدوجة من جهة واحدة حاصلة من وجود فتق اربى اعتيادى مع فتق خلقى وشاهد ايضا فتقين متشابهين احدهما انسى وثانيهما وحشى وقد شاهد فتوقا خارج القناة الاربية فيما بين متخلل الجدار السفلى من البطن وقد شوهد ايضا فتوق وقعت فى القناة الاربية وبرزت من غير ان تخرج من فوهتها السفلى وتجاوزها

رد الفتق الاربى

والقواعد العامة لعملية الرد بالغمز قد شرحت آنفا وهى هنا فى الفتوق الاربية سهلة فيمسك الجراح الفتق باليد اليمنى ويغمز عليه حتى يضيق عرض عنقه فيدفعه من اسفل الى اعلى ومن الجهة الانسية الى الوحشية على حسب هيئة القناة الاربية * فان حصل فى الفتق فوق العانة اختناق ولم تنفع

اطلاق اختناق هذا الفتق

المعالجات الباطنة والموضعية فى التهابه واختناقه ولم يزل مستعصيا اضطر الى عملية الاطلاق وهى انه من بعد ان يشق الجلد على ما يجب والكيس الفتقى من الجهة العليا الملاصقة الى اميل جهة للورم يشق من الاعلى شقا موازيا للخط الابيض طوله بعض قمحات لا يزوغ عنه يمينا ولا شمالا كما اشار بذلك المعلمون لان ذلك يخشى منه اصابة الشريان الشراسيفى وطول شق الحلقة ينبغى ان يكون على قدر حاجة ازالة الاختناق لانه ان كان صغيرا ربما لا يكفى فى الرد وان كان كبيرا ربما اضعف المحل وصيره قابلا لان يرجع منه الفتق فان احترز غاية التحرز الذى اوصينا عليه وانجرح منه الشريان الشراسيفى فليمنع خطره بان يوسع الجرح من اعلى ويكشف على الشريان ويربط طرفيه المقطوعين

المبحث الثالث فى الفتوق الفخذية

بنية القناة الفخذية

يوجد خلف القوس الفخذى فتحة مثلثة عريضة جدا تكون نحو الجهة الانسية للثنية الليفية المؤلفة من الوتر العريض الذى للعضلة المنحرفة الكبيرة وهذه الفتحة لها ثلاثة جوانب احدها مقدم يحاذى القوس الفخذى وثانيها انسى يحاذى فرع العانة الافقى وثالثها وحشى يحاذى زائدة الوتر العريض الكائنة امام العضلة ابسواس والعضلة الحرقفية ومن الثنية الليفية المسماة برباط جيمبرنا تكون الزاوية الانسية للفتحة المذكورة ومن هذه الفتحة تخرج الاوعية الفخذية الآتية من البطن والفتق فى هذه الفتحة يسمى بالفتق الفخذى وهى منسدة بشبكة ليفية خلوية تخص الوتر العريض اى اللفافة المستعرضة ويوجد اعلى هذه الفتحة حفرة من البريتون ظاهرة جدا والفتحة الفخذية العليا تتصل بقناة طولها نحو قيراط عريضة من الاعلى اكثر من الاسفل مؤلفة من الخلف من الوتر العريض الحوضى المنبسط من جهة الاسفل فوق العضلة العانية والعضلة ابسواس والعضلة الحرقفية المنضمتين مع بعضهما والوتر الحوضى المذكور يختلط بالوتر العريض الفخذى لان الوتر الفخذى يتكون من احد اصوله الوتر الحوضى والقناة الفخذية تحد من الامام بورقة سطحية من الوتر العريض الفخذى

ترتبط بجميع مسافة القوس الفخذى وهذه الورقة صفيفة مندمجة من الوحشية اكثر من الانسية وفيها ثقوب كثيرة لنفوذ الفروع الوعائية وفى اسفلها فتحة واسعة ينفذ فيها الوريد الصفنى العظيم وبهذه الورقة تنتهى القناة الفخذية والفتحة المذكورة تحدمن الظاهر والاسفل بثنية ليفية كاذبة وقطرها العظيم عامودى مستقيم وفى اسفل هذه الفتحة الورقتان الرقيقتان اللتان كانتا منفصلتين فى هذا المحل ثم انضمتا واختلطتا اختلاطا تاما ويوجدان امام الاوعية الفخذية وبينهما نسيج خلوى مندمج جدا من الجهة الخلفية للقناة الفخذية والشريان يوجد من الجهة الوحشية والوريد من الجهة الانسية وامامهما توجد العقد الليمفاوية مختلطة بشريانات صغيرة واوردة والشريان الشراسيفى ينشأ من حيث ينفذ الشريان الفخذى تحت القوس الفخذى ثم يعلو الزاوية الوحشية التى للفتحة العليا من القناة المذكورة واتجاه هذه الفتحة منحرف من الخلف الى الامام ومن اعلى الى اسفل والقناة نفسها تقرب من خط عمودى مستقيم وفوهتها السفلى افقية متجهة من الخلف الى الامام فيحصل من اتجاهها المختلف ان تكون صورتها مدرجة كحرف الزيد هكذا z ✻ وكيفية حصول الفتق الفخذى ان الاحشاء بعد ان تجاوز الفوهة البطنية من القناة الفخذية تنحدر فى طول هذه القناة حتى تخرج من فوهتها السفلى اومن احدى الفتحات التى فى جهتها المقدمة والشريان والوريد الفخذيان يكونان دائما من وحشى الجهة الخلفية لعنق الكيس واذا وصل الفتق الى تحت الجلد اتسع قعره وارتفع وامتد من احد الجانبين الى الاخر فيصير وربما مستطيلا موازيا للقوس الفخذى قليلا واغلب الجراحين اشتبه عليه بالورم الحاصل من الفتق الاربى والفوهة السفلى للقناة الفخذية يكون ارتفاعها نحو البطن بحسب هذه الحركة والقناة نفسها تزول تدريجا وفى الفتوق القديمة يتبين ان خروج الاحشاء يكون من البطن الى ما تحت الجلد من غير ان يتوسط بينهما شئ

✻ ورد الفتق الفخذى اعسر من رد الفتق الاربى بسبب صلابته وعدم لين الفتحة النافذ منها واعوجاجها فينبغى لاجل تسهيل عملية الرد بالغمز فيه ان ينكس اولا جسم الفتق حتى يأتى امام الفتحة التى خرج منها ثم يغطى الجراح الورم بيده

حالة الفتق الفخذى

رد الفتق الفخذى

ويقرب دائرته الى المركز ويغمز على وسطه من الامام الى الخلف ومن الاسفل الى الاعلى قليلا وليحترز من العملية من ان يضغط الجهة العليا من الورم نحو الجزء المحاذى للقناة الفخذية لئلا يسدها فلا تنجح عملية الرد * وعملية اطلاق اختناق هذا الفتق ينبغى فيها ان تشق الاجزاء المغطية للاحشاء شقا صليبيا وهذه العملية يوجد فيها تعسرات واخطار عظيمة بسبب انه يوجد من الامام الاوعية الخصيية منفصلة من عنق الكيس بسبب ضعف سمك الجدار السفلى للقناة الاربية ومن الجهة الوحشية الشريان الشراسيفى ومن الخلف اصول الاوعية الفخذية ومن الجهة الانسية الفروع الشريانية الناشئة من الشريان فوق العانة وقد يكون هذا الشريان نفسه موجودا هنالك عند اتيانه من الشريان الشراسيفى فهذه هى الاخطار التى تحيط بالجراح عند العملية فلذلك اوصى بعض الجراحين بتوسيع الحلقة من غير شق بواسطة الات مختلفة هجرت مع طريقة العملية * وقد اوردوا لاطلاق القوس الفخذى طرقا كثيرة لاجل التحرز عن اصابة الاوعية لكن اغلب المعلمين فى زمننا هذا يقولون برأى واحد انه ينبغى ان تكون عملية الاطلاق من الانسية على حسب اتجاه الفرع الافقى للعانة فوق رباط جيمبرنا الان تتم عملية الاطلاق على هذه الصورة يخشى منه قطع الشريان السدادى لانه قد ينشأ من الشريان الشراسيفى ويمر خلف رباط جيمبرنا * وكثير من الجراحين يختار شق القوس الفخذى نفسه ويشقه اما من اعلى والانسية او من اعلى والوحشية بحيث لا يصل المشرط الى ما تحت الحبل الخصيى بل يكون مارا على موازاته من غير ان يصيبه والطريقة الاولى فيها خطر لانه يخشى فيها من اصابة الشريان المنوى اكثر من الثانية والثالثة هى التى تمسك بها دوبيترن واستعملها كثيرا بنجاح ويلزم فى هذه الطريقة ان يكون المشرط منحنيا ذا زر ومحددا من حده وهو الذى اخترعه المذكور وعملية الاطلاق فى الفتق الفخذى لا تعقبها عوارض كثيرة كما كان يظن فيها اما لان الاوعية المجاورة تزوغ وتذهب من تحت حد المشرط اولان الشق فى عنق الكيس او فى القوس الفخذى لاجل رد الجزء الخارج يكفى ان يكون صغيرا وهذه العملية وان كان يتبين من ذلك

اطلاق اختناق هذا الفتق

طريقة فصل رباط جيمبرنا

طريقة شق القوس الفخذى من اعلى والانسية او من اعلى والوحشية

ان كونه سامين الاعلى والوحشية مقبولة الاان التجزبة اظهرت انه يصح ان يكون الشق فيها الى الانسية ايضا وان يشق رباط جيبرنا وتوضيح الشروط التى تمسك بها فى ادخال المشرط وتوجيهه لايذكرهنا لانه يكون تكرارا لما اتضح كفاية فى باب عملية الاطلاق واذا خشى فى عملية الاطلاق من ان يأتى المعا تحت حد الالة فينبغى استعمال مشرط كوپر

المبحث الرابع فى الفتوق السرتية

تشريح جراحى للسرة

يوجد فى السرة قبل الولادة فتحة ليفية منسدمجة صلبة من اعلى وكذا من اسفل قليلا حيث تلتصق الالياف الوترية بالشرايين السرتية والبريتون المغطى للاوعية التى تنفذ من هذه الفتحة يغطى هذه الفتحة ايضا من غير ان يخرج منها والحبل السرى كلما شد انجذب هذا الغشاء من الشريانين والوريد وتكون منه حفرة ربما وصل قعرها للفتحة الليفية فيحصل من ذلك الفتوق التى تشاهد كثيرا بعد الولادة اى وقت ربط الحبل واما بعد ربط الحبل واخذ السرة فى الالتحام فان الحلقة الليفية السرتية تضيق وتختلط دائرتها باطراف الاوعية التى صارت ليفية والنسيج الخلوى يضم ذلك فيصير هذا المحل اقوى من بقية جدران البطن

الفتوق السرتية تكثر فى الاطفال وتكون من الفتحة السرتية

* والفتق السرى قد يكون خلقيا فتخرج الاحشاء حينئذ من الفتحة التى تنفذ فيها الاوعية وتنزلق فيما بين الاوعية وتصير فى قاعدة الحبل جسما وشكلا مخروطيا غير طبيعى وربما حصل الورم على الكيفية المذكورة بعد الولادة بزمن قليل بان تكون الفتحة السرتية المذكورة لم تزل قابلة لنفوذه منها اما لكون الالتحام الذى كان واجبا ان يسدها لم يكن الوقت كافيا له فى اتمام ذلك اولكون المقاومة كانت ضعيفة فلا تمنع اندفاع الاحشاء

وتندر فى الكهول وتكون فيما يجاور السرة

* والكهول يندر فيهم هذا الفتق وكثيرا ما يشاهد فى النساء بعد الولادة المتكررة وفى الاشخاص الذين بطونهم متوترة جدا كارباب الاستسقا الزقى وحينئذ فالورم لا يخرج من السرة نفسها بل من بين التخلخل الليفى الموجود قرب السرة ويكون غالبا من جانبها العلوى اومن

جانبيها معا ونوع هذا الفتق قابل لكبر الحجم جدا وفى بعض الاحيان يكون صغيرا جدا حتى انه يختفى فى الحفرة الجلدية للسرة فيعسر ظهوره وهذه الفتوق الصغيرة السرية ينشأ عنها الاعراض التى تنشأ عن الفتوق النافذة فى الجهة العليا من الخط الابيض * ورد الفتوق السرية ومنعها عن الخروج يسهل غالبا وينبغى فى الاطفال المولودين قريبا ان يستقصى فيهم عن قاعدة الحبل فاذا وجد فيها ورم رد الى البطن ثم ربط على الكيس والحبل معا برباط لئلا يرجع الفتق واذا كان فى الاطفال استعداد للفتق السرى او حصل فيهم وجب ان يوضع حوالى البطن رباط مشدود برفق يثبت به مخدة او رفايد سميكة تمنع خروج الاحشاء من البطن فان الحلقة السرية تضيق تدريجا بهذا الرباط الضاغط ويتم الشفاء فى زمن قليل على حسب سن المريض وقوته وقد يتفق ان يحصل الشفاء من ذاته والكهول المصابون بالفتق السرى يمنع خروجه منهم بوضع حزام لدن ذى مخدة ضيقة محدبة مربوط باربطة منكبية * واذا اختنق هذا الفتق شق الجلد شقا صليبيا مع شدة تحرز الجراح فى ذلك كلما كان كيس الفتق ملتصقا بالجلد من غير واسطة ثم تعمل عملية الاطلاق من اعلى ومن الشمال لئلا يصاب الوريد السرى

معالجة

عمليه لهذا الفتق

المبحث الخامس فى الفتوق البطنية وهى خمسة

الاول انفجار البطن خلقة فقد يولد الطفل ويكون الجزء العلوى من الخط الابيض فيه منفتحا الا الجلد فيكون سليما وحينئذ فيظهر فيما بين العضلتين المستقيمتين ورم مستطيل يكون كبير الحجم او صغيره وربما احتوى على جزء عظيم من المعدة والكبد والقناة المعوية واغلب الناس يكون انفتاح هذا الجزء فيهم غير كامل فيكون الخط الابيض حينئذ اكثر استرخاء واقل صلابة من ان يكون فى حالته الطبيعية ويدل على هذه الافة بروز مستطيل يمتد من الغضروف الخنجرى الى السرة وحينئذ فينبغى حفظ البطن برباط عريض والاجود ان يكون بصدرية ذات اربطة وزنانات نخذية ليتدارك بذلك زيادة الورم وترد به الوظائف الى الاحشاء الزايغة وتعان به الطبيعة على تقوية صلابة الاجزاء التى كانت اهملت حسن

تركيبها وقد شوهد حدوث انفصال الخط الابيض واتساعه فى النساء بسبب الحبل المتكرر وحينئذ فتنبغى لهن هذه المعالجة لكن لا يطمع فى شفائهن بذلك شفاء تاما

الثانى فتق الجزء العلوى من الخط الابيض فقد شوهد كثيرا حصول اورام صغيرة فى الجزء العلوى من الخط الابيض وكونها مجاورة للغضروف الخنجرى اكثر من ان تكون قرب السرة ويصحبها توتر فى القسم الشراسيفى ومغص متوال وتشوش مختلف فى وظائف الهضم وقد تعسر معرفتها فى الاشخاص السمان وهى تارة تنسب الى المعدة وتارة الى قولون المستعرض وتارة الى الجزء العلوى من الثرب وهى قابلة لان تكون من هذه الاعضاء وهذه الفتوق تستدعى وضع حزام لدن ذى مخدة صغيرة كثيرة التحدب لتضبطها ضبطا جيدا فان كان فيها اختناق عملت لها عملية الاطلاق وتكون من اعلى ومن جهة الشمال قليلا

الثالث اورام شحمية تتقدم امام الفتوق فقد يوجد على الخط الابيض اورام شحمية تشبه الفتوق الحاصلة فيه وصلابة هذه الاورام فى اغلب الاحوال وعدم قبولها للرد وعدم الحس فيها يميزها عن الفتوق الثربية التى ربما تشتبه بها ومن حيث ان هذه الاورام الشحمية تفصل جزأ من الخط الابيض وتجذب معها جزء البريتون تسبب استعدادا للفتوق التابعية

الرابع ارتخاء جدران البطن فقد تصير جدران البطن مسترخية وضعيفة ومتهدلة لا قدرة لها على تحمل ثقل الاحشاء وذلك عقب الولادة المتكررة والاستسقا والامراض الشبيهة به فى الرجال وحينئذ فينبغى ان يوضع عليها حزام ليعوض به ما نقص من قوتها

الخامس الفتوق التابعة لخروج البطن فاذا صار فى جدران البطن فتق عقب جرح فيها فلا شئ ينفعه سوى الحزام المذكور ونوع هذا الفتق واسبابه واحواله وكيفية خروجه تقدم شرحها آنفا

المبحث السادس فى الفتوق العجانية وهى ثلاثة

الاول الفتوق العجانية فى الرجال اعلم انه اذا اريد بالعجان المسافة المثلثة المنحصرة فيما بين الجهة المقدمة من الشرج والصفن فى الرجال كانت الفتوق فيها نادرة وربما كانت غير واقعة لصلابة الانسجة الموجودة فى هذا المحل الضيق السفلى من الحوض وصفاقتها وان اريد به المسافة المشتملة على الورك والشرج والعصعص كانت الفتوق غير نادرة وكثير من الجراحين شاهد ذلك عيانا ووجد من نوع هذه الاورام الفتقية فتق المثانة والامعا الدقاق ويظهر ان الكيس الفتقى حاصل من انخفاض البريتون وانثنائه فيما بين المثانة والمستقيم وخروجه فيما بين مخلخل العضلة الرافعة للشرج وهذا الورم قد يكون موجودا ولا يبرز الى الخارج ويسماه المعلمون فتقا عجانيا غير كامل لكنه كلما ازداد حجمه نزل وتأخر خلف العضلة المستعرضة العجانية وامتد سريعا فى المسافة المنحصرة فيما بين هذا المحل والورك والعصعص والشرج واندفع من الجهة المقابلة ويسمى حينئذ فتقا كاملا فاذا برز ذلك الورم الى الخارج وصل الى الحافة السفلى من الحوض او اسفل من ذلك وغطته الياف العضلة العاصرة للشرج والنسيج الخلوى والجلد

الثانى الفتوق الفرجية فى النساء ولما كان العجان فى النساء قليل المسافة كان الفتق فيه غير ممكن وانما يكون فى سمك الفرج ولا ينزل الى الخلف من جهة حافية الشرج بل ينزل فى طول احد جوانب المهبل ويشغل النصف الخلفى من الشفر العظيم الذى فى حيزه وحجم هذا الفتق ربما كان عظيما وامتد الى الساق كما شوهد ذلك والكيس الفتقى فى هذا النوع لا يكون منفصلا عن الجلد الا بطبقة خلوية رقيقة جدا

الثالث الفتوق المهبلية والفتوق الحاصلة من المثانة او من الامعا الدقاق النافذة فى المهبل ربما حصل فيها اشتباه عظيم بالفتوق المذكورة وتبرز غالبا الى حد المهبل وقد شوهد انها جاوزت فتحة الفرج وبرزت الى الخارج * واختناق الفتوق العجانية او الفرجية او المهبلية نادر جدا وقد شوهد اختناق بعضها ويكفى لرجوعها عملية الغمز باليد ووجود رأس الجنين فى تجويف الحوض عند الولادة يضغط الاحشاء المنفتقة فيحصل فيها اعراض الاختناق وذلك يستدعى

اختناق هذه الفتوق الثلاثة نادر

التوليد

التوليد القهرى اذا لم يمكن رد الفتق وهو سهل غالبا وفى وقت العملية يكون المريض مستلقيا وينثنى فخذيه ويرفعهما * ويستعمل لحفظ الفتقين الاولين حفاظ تانيى مؤلف من دائرة فولاذية لدنة يحيط بالحوض وفيه عصابة من جلد عليها مخدة توضع على الفتق لتحفظه * ويكفى لحفظ الفتوق المهبلية وضع آلة فرزجية اسطوانية الشكل فان كان هناك اختناق سهل بعد كشف الاعضاء المنفتقة ان يصعد الى عنق الكيس ويشق بالمشرط ذى الزر مع التحرز الزائد عن اصابة الشريان الاستحيائى الانسى والمثانة والمستقيم

المبحث السابع فى الفتوق الوركية

الفتوق الوركية نادرة جدا وقد شاهدها بعض الجراحين وذلك بان تخرج الاحشاء من الشرم الوركى ويبرز الورم اسفل طرف الالية ويغطى جانب منه بالعضلة الالية الكبيرة وهذا الفتق يسهل حفظه بالامور المذكورة فان كان فيه اختناق كشفت الاحشاء بالشق الى محل الاختناق ثم يزال الاختناق بالشق من الخلف على اصل الرباط العجزى الوركى

المبحث الثامن فى الفتوق تحت العانة

الفتوق تحت العانة تندر جدا مثل ما قبلها وتنفذ من الثقب تحت العانة وهى محدودة من الجهة العليا من الفخذ بالعضلة المستقيمة الانسية والعضلة العانية والعضلة الوسطى المقربة وقد تجهل هذه الفتوق ولا تسهل معرفتها فان عرفت ردت ثم حفظت بالرباط التانى فان اختنقت ازيل الاختناق بالشق من الداخل من الجهة المقابلة للمحل الذى تمر منه الاوعية تحت العانة

المبحث التاسع فى فتوق الحجاب الحاجز

فتوق الحجاب الحاجز تنشأ غالبا من حركة عنيفة ولا يمكن تحقق وجودها فى الشخص الحى فلا تستعمل لها عملية جراحية فلذا كان توضيحها غير مفيد

المبحث العاشر فى الاختناقات الباطنة

ظهور اعراض الفتق بسبب احتباس المعا فى الباطن

بجميع ما تقدم انما كان فى الفتوق الحاصلة فى جدران البطن التى اختناقها يكون خارج الفتحة التى نفذت منها الاحشاء او فى حدها او بعيدا عنها قليلا وهى قد توجد موانع اخر ينشأ عنها انضغاط جزء معوى فى داخل البطن فيبطل سير المواد البرازية وهذه الافة تسمى الاختناق الباطنى وانواعه مختلفة وتميز فى العمليات الجراحية الى خمسة انواع يأتى بيانها على الاثر

وتكون فى خمسة الاول لجام غير طبيعى

* الاول ان يبرز فتق الى الخارج ثم يرد بعد اطلاقه ولم تزل الاعراض باقية فبقاؤها يدل على حصول اختناق وذلك الاختناق اما ان يكون حاصلا من لجام غير طبيعى كثر غوره او قل وانزلق المعا من اسفله واما ان يكون هناك فتق اخر لا يتوهم وجوده فوق عنق الكيس الفتقى الذى اتسع بالعملية وكان لا يظن وجوده واما ان ينثقب الثرب او يلتف على المعا فيضغطه فى البطن

الثانى التفاف الفتق بكيسه البريتونى

* الثانى شوهد فى بعض الناس ان الفتق كله ارتد دفعة واحدة بحركة الغمز ولم يزل ملتفا بكيسه البريتونى واستمر مختنقا بعنق هذا الكيس فى داخل البطن وبقى ممسوكا ببريتون جدران البطن فلم يبعد عن الفتحة التى كان نفذ منها وارتد الا قليلا

الثالث انفتال الثرب

* الثالث ان هذا الاختناق الباطنى يحصل فى بعض الناس عقب جرح بطنى التحم بعد زمن ما او عقب فتوق قديمة وقد شوهد من ذلك ان الثرب التصق بحوافى الجرح او بجدران كيسه الفتق فتكون من ذلك الثرب فى البطن حبل صلب يقرب لليفية كثر توتره او قل فينزلق فى اسفله او يلتف عليه جزء من القناة المعوية فيختنق بذلك

الرابع فتوق الحجاب والجبان

* الرابع قد تكون فتوق الحجاب الحاجز خلقية وقد تنشأ من حركة عنيفة جدا واذا كانت غير مهلكة فى الحال كانت دائما مصحوبة بعسر فى حركة التنفس فهذه الفتوق وكذا الفتوق الجانبية الغير الكاملة والفتوق القليلة الحجم فى الفتحة تحت العانة ينشأ عنها آفات ويعسر معرفة الاختناق فيها

الخامس التصاق المعا بالماساريقا

* الخامس وهو الاخير ان تظهر فى بعض الناس عوارض الاختناق الباطنى بدون ان تعرف صفته او محله وشوهد من ذلك ان المعا التف بالماساريقا وبطل نفوذ المواد الثفلية منه وشوهد ايضا انه حصل من التهاب البريتون المزمن التصاق بين الثرب والامعا وجدار البطن فحصل من ذلك انضغاط القناة الهضمية وقد يحصل ذلك ايضا من العلقة الاعورية

بان تطول وتلتف على جزء من المعا واخيرا شوهد وجود تداخل معوى وكذا وجود اجسام غريبة تجمعت ووقفت فى محل ضيق من القناة الهضمية فنشأ من ذلك ابطال لسير المواد الغذائية وجميع الاعراض الناشئة من ذلك * والاعراض التى تحدث فى جميع انواع الاختناق الباطنى تكون مثل اعراض الفتوق الملتهبة المختنقة والالم والمغص فيها يبتدى من محل تاما من البطن ثم يمتدان سريعا فى جميعها ثم تنتفخ ويحدث فواق وتهوع وقىء ويشتد القلق فيأخذ الى التناهى ثم يهلك المريض اذا لم يزل العايق الذى منع سير المواد الثفلية بالصناعة او من الطبيعة وهذه الاعراض تشبه اعراض بعض التهاب البريتون وبعض انواع الالتهاب الشديد المعدى المعوى وتعلم صفة الداء بالامساك الشديد ووجود المواد الثفلية فى القىء * وينبغى فى معالجة هذه الافات مراعاة جميع ما يلزم من الملاطفة والاتقان وهذه المعالجة كثيرا ما تعسر وقد تعجز فيها الصناعة * ويمكن اتمام العملية فى بعض الانواع ففى النوع الاول تزال الوضعيات العلاجية ثم يدخل الاصبع فى الجرح ليستقصى بالقرب منه عن الجزء المعوى المختنق فان امكن جذبه الى الخارج مر بالاصبع على طول سطحه حتى يصعد به الى محل اللجام الخانق له وينفذ من اسفل اللجام زرمشرط كوپر * وفى النوع الثانى اعنى بعد رد الفتق كله يؤمر المريض باحداث حركات عنيفة ليخرج الفتق فان لم يمكن خروجه شق الجلد ونفذ الاصبع فى البطن ليشد به الورم وقد يستعمل الجفت بدل الاصبع ثم يفتح الكيس قبل عملية الاطلاق فى عنقه جاريا على الكيفية السابقة * وفى النوع الثالث اعنى عقب الجروح او الفتوق القديمة يمكن ان تشق الجهات المجاورة حيث يكون المانع ثم يزال الاختناق اذا كانت صفة الداء معروفة وهذه العملية وان كان نجاحها مشكوكا فيه الا انه ينبغى تجربتها وذلك اولى من ان يترك المريض الى هلاك يقينى * ثم ان من المعلوم الظاهر انه اذا اختنق فتق عجانى غير كامل او فتق قليل الحجم فى الثقب السدادى وامكن معرفته شق على الاجزاء ثم جذب الورم وازيل الاختناق * وفى فتوق الحجاب الحاجز والفتوق التى لم يكن هناك ما يعرف به صفتها ولا سبب

معالجه

امكان العملية فى النوع الاول

امكانها فى النوع الثا

امكانها فى النوع الثالث

قد تمكن ايضا فى النو الرابع

الجراحة تعجز فى بقية الانواع

ابطال سير المواد الثفلية منها تعجز فيها الصناعة فلا يستعمل فيها الا الاشياء
المضادة للالتهاب * واذا امكن الوصول فى عملية الاختناق الباطنى الى محله
ووجد المعا متمددا من المواد الثفلية وجب جذب المعا الى الخارج وتثبيته هنالك
ثم شقه ليحدث بذلك الشرج الغير الطبيعى وهذه العملية تكفى وحدها فى ازالة
جميع الاعراض المهلكة وحفظ حياة المريض

الباب الرابع

فى الشرج الغير الطبيعى والعمليات التى تلزم لاحداثه وتنفع فى شفائه

يحتاج لاحداث الشرج الغير الطبيعى فى خصوص علتين احداهما عدم وجود شرج طبيعى وثانيتهما انفصال جسم المعا كله اوغنغرينته فالاولى اذا ولد الطفل وشرجه الطبيعى غير مفتوح وايس من عملية لسير المواد الثفلية من هذا المحل فلا طريقة لذلك الا احداث شرج غير طبيعى لاخراج هذه المواد * وينبغى لاتمام هذه العملية ان يكون الطفل مستلقيا على ظهره محفوظا بمساعد والجراح يشق فى جهة الاربية اليسرى شقا طوله من قيراط ونصف الى قيراطين ثم يستقصى منه على اخر القولون ويجذبه الى الخارج ويثبته بخيط ينفذه فى الماساريقا ثم يشق ذلك المعا شقا مستطيلا والثانية اذا اضطر فى فتق ما لقطع جزء معوى اصابته الغنغرينا اوانفصل جسم المعا انفصالا تاما بالعرض فينبغى تنفيذ خيط فى الماساريقا وتثبيت طرفى القناة المعوية المنفصلة على شفتى الجرح ملامسين لهما ليحصل التصاقهما بشفتى الجرح) والشرج الغير الطبيعى الحاصل من انفصال جسم المعا اوغنغرينته يوجد فيه اختلافات مهمة فتارة تكون فتحة المعا فيه صغيرة ويخرج من الجرح جزء قليل من المادة الثفلية وتارة تكون كبيرة والمواد التى تجرى فى المعا تنقسم بين الشرج الغير الطبيعى والشرج الطبيعى وتارة وهو الاخير ينفصل جميع جسم القناة المعوية وتخرج جميع فضلات الهضم من الطرف العلوى والطرف السفلى لا وظيفة له حينئذ) وعلى اى حاله كان الشرج الغير الطبيعى فلابد ان تكون حوافى انفصال المعا ملتصقة بالسطح البريتونى لشفة جرح البطن وهذا الالتصاق

اختلافه فى الثانية

...نة الشرج الغير الطبيعى

يكون

يكون بدون واسطة اذا كان عقب الجروح المعوية فان كان عقب الفتوق كما هو الغالب كان بواسطة عنق الكيس الفتقى فاذا رجع المعا الى هيئة وضعه الطبيعى جذب معه هذا الكيس فيصير جوفه بمنزلة قناة تنزل فيها المواد الثفلية وتخرج من فتحة جدار البطن وهذه القناة ملساء وسطحها الظاهر فيه بريق وباطنها يستحيل الى غشاء مخاطى غير طبيعى ويختلف فى الطول والعرض * والمعا الذى انفصل او زال من جسمه جزء كبير او صغير تحصل فيه زاوية حادة عند التصاقه بجدران البطن فيحصل من هذه الحالة ان المعا يكون منحنيا من محل فتحته قليلا او كثيرا وجداراه الملتصقتان بالماساريقا يتكون منهما بروز مثلث فى جوفه عند الفتحة تارة يكون عظيما وتارة لا يعرف الا بعسر والمواد البرازية يلزم ان تنزلق من فوق هذا البروز وتحيط به لتنزل من الطرف العلوى من المعا الى طرفه السفلى وهذا التنزول لا يكون عسرا اذا كان البروز صغيرا او بعيدا عن فتحة جدار البطن ويكون عسرا او ممتنعا اذا كان البروز كبيرا او واصلا الى قرب الجرح الظاهرة وفى هذه الحالة تصير اطراف المعا متوازية لا يمكن نفوذ شئ من طرف الى طرف آخر لما ان المواد اذا وصلت الى طرف البروز خرجت من تجويف المعا الى الخارج ولا تنفذ من الطرف السفلى * ويتسبب عن الشرج الغير الطبيعى خلاف المشقة والاشمئزاز الذى يحصل للمريض من خروج جزء عظيم من المواد الثفلية او جميع المواد من فتحة فى جدران البطن تناقص فى غذاء المريض قليل او كثير على حسب مقدار جزء المعا المصاب وذلك لان المواد حينئذ تخرج قبل ان تمتص الاجزاء الصغيرة الغذائية فيهزل المريض ويصل تدريجا الى آخر درجة الذبول * ويتفق ان المعا من حيث انه غير مضبوط فى الشرج الطبيعى يسقط الى الخارج منقلبا فيحصل من ذلك ورم عظيم الحجم جدا تخرج من طرفه الاسفل المواد الثفلية وقاعدة هذا الورم تكون من اسفل ورأسه من اعلى فان كان هذا الورم جديدا كان احمر رطبا مندى بالمادة المخاطية وان كان قديما غطته قشرة لطيفة رقيقة كالبشرة تصير سطحه قليل الحس عند مماسة الاجسام الخارجة له وقد شوهد فى هذه الحالة كونه منقلبا فصار ملتهبا ومختنقا * وكثيرا ما يعرض

حالة المعافيه

عوارض ثلاثة تحصل الشرج الغير الطبيعى

الاول الهزال

الثانى سقوط المعا من الجرح

الثالث التهاب الجلد المجاور له وتقرحه

الشرج الغير الطبيعي الحرقفي التهيج والالتهاب وتكون في سطح الجلد المحيط به وتحصل من مماسة المواد النافذة منه له وهذا الالتهاب يعقبه قروح حرازية كثر او قل غورها والمها * واذا ثبتت بقرب فتحة البطن الاجزاء المعوية المصابة بجرح معه انفصال او بغنغرينا عقب فتق كامن عولجت معالجة قانونية بالحقن المتوالية وبالغمز على الفتحة برفق ليستعان به على خروج المواد الثفلية من الطرف العلوي الى الطرف السفلي * والمعلم دوبيترن تحسن في رأيه لشفاء الشرج الغير الطبيعي ان يثقب جانبا الجدارين المتلاصقين من طرفي المعا وينفذ فيهما ابرة اسطوانية فيها خيط يغوص بها الجراح قدر الامكان فبوجود الخيط في هذا المحل يحدث التهاب ينشأ عنه التصاق غشاءي المعا ببعضهما ثم بعد ايام يدخل فتيل من نسالة في الجرح ويزاد في حجمه عند كل تغيير حتى يصير في غلظ البنصر فتوقف عنه الزيادة فعند ذلك يبتدى نفوذ المواد الثفلية في الطرف السفلي من المعا وبعد زمن ما تفرق الدمية المتقدمة من البروز المثلث وتتسع الطريق الذي فتح فيما بين طرفي المعا مهما كانت وبعضهم رأى ان يزاد في توسيع الفتحة بقطع ما بقي من البروز المثلث بالمقص شيأ فشيأ وقد فعل ذلك بمريض وكان متقدما في الشفاء فاعتراه التهاب حاد في البريتون ومات في الحال

* ولما علم المعلم دوبيترن عيب هذه الطريقة في ازالة البروز المثلث شيأ فشيأ اذ يحصل من تكرر القطع تهيج دائم خطر تحسن في رأيه ان يفصل في مرة واحدة مسافة ما بين الجدارين المتلامسين من القناة المعوية فاخترع لذلك جفتا شعبتاه ينفصلتان عن بعضهما وخراصتاه نحو اربعة قراريط طولا واحدى شعبتيه رقيقة مفرطحة لها دروز وفي الثانية قناة عمقها قدر قمحة وفيها تجاويف توافق الدروز التي في الشعبة الاخرى لتدخل فيها عند الانطباق وكل من الشعبتين فيه بدل الحلقة ثقب تنفذ فيه برمة تقربهما وتضمهما بحسب الارادة * وبعد كشف طرفي المعا يدخل في كل منهما شعبة من الالة المذكورة ثم يقربهما ويضمهما برفق ففي اليوم الاول يكتفي في انطباقهما تلامسهما فقط وفي اليوم الثاني يكبس بهما قليلا على المعا اكثر من الاول وهكذا يزاد في الكبس عليهما

تدريجا

معالجة الشرج الحاصل من جرح بطني مع انفصال المعا او من فتق معه غنغرينا

الرأي الاول لدوبيترن

الرأي الثاني له

طريقة العملية

تدريجا مدة خمسة ايام او ستة حتى يصل الى اعلى درجة الانضغاط وتلف على الالة من الخارج خرقة وتضبط بخيط بحيث لا يحصل منها تعب ولا تعمل هذه العملية الا اذا لم يكن هناك التهاب فى الامعا او فى البريتون ولتدارك حدوث الالتهاب فى هذه الاعضاء يؤمر المريض بالراحة والحمية وبالمشروبات الملينة وبجميع ما يقاوم الاعراض وبازالة الضغط الحاصل من الجفت اذا حدث فى المحل تهيج شديد غير انه لا يحصل ذلك فى الغالب ويقرص على البرمة مرة او مرتين حتى يتم ترقيق الاجزاء وفى اليوم الثامن او الثانى عشر او العشرين تزال الالة جاذبة معها الجزء المعوى الغنغريني الذى صار صفيحة رقيقة جدا * وبعد اخراج الجفت يوجد هناك طريق مفتوح بين طرفى المعا تسير منه المواد بدون عايق فحينئذ ينبغى مساعدة انسداد الجرح الظاهر برفائد ورباط ضاغط ليمنع خروج المواد * واذا كان الشرج الغير الطبيعى مصحوبا بناصور ممتد على الجلد كثر بعده عنه او قل فينبغى اولا شق هذا الناصور وكشف الفتحة المحاذية لجدران البطن لتسهل عملية المعا فان خرج المعا منقلبا ارد ويتدارك خروجه بالضغط على الشرج او بادخال فتيل فى جوفه كثر او قل غلظه ويخرج كلما احتيج الى اخراجه وانتفاخ المعا الزايغ يزول بالوضع الافقى وبوضع الرباط المستدير الكابس عليه واختناقه يستدعى اطلاق الفتحة البطنية والتهيج والتقرح الظاهران يقاومان بالوضعيات الملينة والمحللة وكثيرا ما تنفعهما زيادة النظافة واذا لم يمكن شفاء الشرج الغير الطبيعى فلتقلل المشقة والاشمئزاز الذى يحصل للمريض بان يوضع له قارورة فوق الشرج تستفرغ فيها المواد الثفلية عند سيلانها او يضغط عليه بحزام وتحفظ قوة المريض باعطائه الاطعمة المغذية السريعة الهضم

ينبغى بعد ذلك مساعدة انسداد الجرح الظاهر

الاشياء التى يعالج بها ما يصحب المرض

الكتاب الثالث

فى امراض اعضاء التناسل والبول والعمليات التى تخصها

لما كانت اعضاء التناسل والبول الدافعة والمفرزة مرتبطة ببعضها وبينها نسبة عظيمة فى الذكور والاناث ويلامس بعضها بعضا فى جملة محال اقتضى الامر الطبيعى

ان تذكر امراض هذه الاعضاء من الذكور والاناث فى كتاب واحد وقد حذفوا من
هذا الكتاب جزأ مهما وهو ما يخص العمليات التى تستدعيها الولادة العسرة
لكونه يتعلق بصناعة التوليد نعم قد ذكروا منه هنا بيان بعض طرق تخص
العملية القيصرية وعملية قطع الارتفاق لكونهما عمليتان مهمتان جدا يحتاج
لهما فى الجراحة وفى هذا الكتاب سبعة ابواب

الباب الاول فى آفات الفرج والمهبل وما يناسبها من العمليات

آفات الفرج والمهبل عشر * الاولى التصاق الشفرين الكبيرين خلقة فالتصاق
الشفرين الكبيرين خلقة نادر جدا وهو امر غير طبيعى اى خارج عن العادة
واذا وقع كان هناك خط بالطول يدل على محل الانفصال الذى كان حقه ان يكون
موجودا وكان كل من البظر وفوهة قناة البول وفوهة المهبل مخفيا ولا يتاتى
خروج البول الى الخارج * وحينئذ فتنبغى المبادرة بالعملية وهى ان يشق
الغشاء الضام لحرفى الفرج بمشرط ممتد على مجس قنوى بان يفتح فى وسط الغشاء
المذكور فتحة صغيرة ليدخل فيها المجس ثم يتم الشق والمعالجة التابعة
تكون بوضع خرقة مدهونة بمرهم جالينو فيما بين شفتى الجرح لتمنع التصاقهما
ثانيا
الثانية داء الفيل فداء الفيل من امراض الشفرين الكبيرين وهو يشاهد
بالاكثر فى الاقليم المصرى وقد شوهد فى الاوربا والجراح الرئيس فى الجيش
الفرنساوى شاهد فى الاقليم المصرى حين كان به امرأة بها هذا الداء صار شفراها
الكبيران بقدر الراس وهذا الداء هو التهاب مزمن فى الاوعية الينفاوية واسبابه
ليست معروفة معرفة جيدة لكن يظن انه تسبب عن الوضعيات المهيجة
والقابضة فى ذلك المحل وربما تسبب عن ولادة شاقة ومعالجة هذا الداء فى
ابتدائه تكون بالجلوس فى الابزن وبالوضعيات الملينة وبالاستفراغات الدموية
الموضعية المتكررة بارسال العلق ونحوه وببقية الوصايا الشفائية المضادة
للالتهاب واما اذا اقدم ولم تنفع فيه تلك الوسايط فالعملية هى الاحسن وتكون
بفصل

العملية

بفصل الجزء المريض عن السليم من اصله بشقين من الخلف الى الامام احدهما من الظاهر والثانى من الباطن والنزيف الذى يصدر من هذه العملية ضعيف بسبب قلة الاوعية المنبثة فى ذلك المحل واذا كان كثيرا ربطت الاوعية وربما اضطر فى ذلك الى خياطة شفتى الجرح

الثالثة افراط طول البظر فقد يتفق فى بعض النساء ان يطول البظر فيهن حتى يصير كقضيب الرجل وهذا كان سببا للغلطات الكثيرة فى زعم وجود الخنثى اى لانه يستحيل وجود آلتى الرجال والنساء معا فى شخص غاية ما هنالك ان البظر يطول والظاهر انه لا يوجد الا فى بر العرب كالحجاز ولذا تجد النساء يعشقن بعضهن اشد من عشقهن للرجال وكان من احكام الشريعة المحمدية للختان للنساء

العملية

* وليس للجراح فى ذلك عملية الا قطع البظر وهى عملية يسهل اتمامها بالمشرط فى مرة واحدة ويحبس النزيف بكى المحل بالحديد المحمى وقد اوصوا بهذه العملية للشفاء من هذا الداء المسمى تينفومانيا وهو افراط الشبق فى النساء ولمنع الاستمنا الذى تفعله البنات كثيرا بافراط

الرابعة افراط طول الشفرين الصغيرين فطول الشفرين الصغيرين يكثر فى نساء بعض بلاد الافريقيا ويندر فى نساء الاوربا ويكون عقب الولادة الشاقة فان جاوزا الشفرين الكبيرين وتهيجا وورما من اصطكاك الفخذين حال المشى او بعض الرياضة او المباضعة وجب قطعهما من قاعدتهما بالمقص وهذه العملية لا تعسر فيها ولا خطر ويكفى لمنع النزيف الخفيف الذى يحصل من ذلك غسل المحل بماء بارد والعملية المذكورة بمنزلة ختن البنات عند بعض القبائل المحمدية

الخامسة انسداد المهبل فالمهبل لكونه كباقى القنوات المنفتحة فى سطح ظاهر البدن ربما كان مسدودا بغشاء البكارة فيكون ذلك الغشاء ممتدا جدا ضيق الفتحة بحيث يظهر انها كسم الخياط وهذا الانسداد الغير الطبيعى تندر معرفته قبل سن البلوغ لانه لا يدرك وجوده غالبا الا بعدم امكان الجماع او بعلامات احتباس سيلان الطمث فان الدم يتجمع وقت عادته فى الرحم او فى المهبل ويتمدد من اعلى محل الانسداد ومن المعلوم ان الغشاء المخاطى للمهبل

بفرز مادة مخاطية فتتجمع ويكون هنالك خراج يمكن ان يزيل غشاء البكارة

السادسة عدم المهبل فقد يتفق ان يكون المهبل معدوما بالكلية فلا يوجد في المحل الذي كان حقه ان يكون مشغولا به الا جوهر خلوي وعائي يختلف طوله ويمتد فيما بين قناة البول والمستقيم اي فيكون كحبل لا تجويف فيه وهذا قد يكون في كل المهبل وقد يكون في بعضه وخطره يكون على حسب ذلك ايضا

السابعة التصاق جدران المهبل فقد يحصل لبعض النساء التهاب شديد من الولادة الشاقة فيتسبب عن ذلك التصاق جدران المهبل وانسداده كلا او بعضا

* فاذا طلب الجراح لمعالجة انسداد المهبل او ضيق فوهته المانع من نفوذ سيلان الطمث او من التمكن من الجماع او من خروج الجنين فليشق الغشاء المانع من اتمام هذه الوظائف فان كان الغشاء المذكور بسيطا اي هو السادّ وحده ادخل مشرطا في وسطه وشقه شقا صليبيا ووضع في الشق فتائل تحفظ فتحته الى ان تندمل حوافيه وان كان معه التصاق بجزء كبير من جدران المهبل شقه مع زيادة التأني والحرص في العملية وليكن المشرط محدبا بعدا اي من حده وليكن السن محدبا بالكلية بان يكون مثنيا على ظهر المشرط ويلف على نصله خرقة الى قرب سنه * واذا عدم المهبل ولم يكن هنالك عارض من ورم اوغيره وكان الشخص متمتعا بصحته فلا تعمل له عملية فان كان هنالك عارض كاحتباس طمث تسبب عنه اعراض خطرة تؤدي الى الهلاك اضطر الى العملية حينئذ فيدخل الجراح اولا اصبعه في المستقيم ليستقصي به عن هيئة الورم الموجود في الرحم وعن ما يجاوره ثم يدخل القاثاطير في المثانة ليستفرغ ما فيها من البول لئلا تصيبها الآلات وليكن الشق في المسافة الفاصلة بين الشرج والقناة الدافعة للبول وينبغي للجراح ان يكون ماهرا في الصناعة قوي المعرفة في التشريح حاذقا فيها حتى لا يصيب المثانة التي هي من الامام ولا المستقيم الذي هو من الخلف والغالب في هذا العارض ان لا يعدم من المهبل الا جزؤه السفلي واما جزؤه العلوي فيكون موجودا واذا لم تكف هذه الفتحة لاتمام وظائف التناسل كفت لاخراج سيلان الطمث وينبغي ابقاؤها مفتوحة بفتائل يزاد حجمها

عملية تستدعيها هذه الاحوال المذكوره

المهبل اذا عدم بالكليه فلا تعمل العملية الا عند ظهور اعراض خطرة

تدريجا الى ان يتم الالتحام
الثامنة انفصال المهبل عن عنق الرحم وتمزقه فانفصال المهبل عن عنق الرحم يكون غالبا من الولادة الشاقة عندما تزاحم رأس الجنين الكبيرة جدرانه وتدفعها امامها ومعالجته بالراحة والاستحمام واستعمال الابزن والحقن الملينة واما تمزقه فعلى نوعين الاول ما يحصل من تمدده عند مرور رأس الجنين الكبيرة فيه والثانى ما يحصل من ارتكاز رأس الجنين الشديد على جدرانه ومزاحمتها لها ودفعها اياها جهة العجز فيتغنغر الجزء المضغوط من الجدران وتحصل فيه خشكريشة تسقط بعد ثلاثة ايام او اربعة وربما تأخر سقوطها الى ثمانية او عشرة فيتكون من ذلك ناصور مهبلى مستقيمى يشفى اذا كان صغيرا فى ايام قليلة من ذاته بسبب انقباض المهبل على نفسه فان كان عظيما فلا بد فى شفائه من الوسائط الشفائية وهى ان توضع اسفنجة فى محل زوال الجوهر لتمنع نفوذ المواد البرازية من المستقيم فى المهبل
التاسعة تمزق العجان وملتقى الشفرين من الاسفل فتمزق العجان يحصل غالبا من مشقة الولادة فان كان سطحيا غير غائر شفى سريعا وان امتد الى الشرج وارتقى فى طول الحاجز المهبلى خرج البراز بغير ارادة وصارت فتحة الفرج والمستقيم واحدة وحصل من ذلك مشقة عظيمة للمريض وقد حسن عند الجراحين المستجدين شفاء هذا الداء بالخياطة واخترعوا لها جملة طرق اسهلها ان يعطى للمريض قبل العملية مسهل خفيف مرة او مرتين ليستفرغ ما فى المعا ويبقى بعد العملية يومين او ثلاثة من غير تبرز ثم يقطع بالمقص شفتى الانفصال نظير ما يفعل فى الشفة الارنبية ثم يضمهما بغرزتين من الخياطة المتفرقة يجعل احداهما على مبدء المهبل والثانية فوقها بقيراط وتبقى الابر ثلاثة ايام او اربعة وبعد اخراج الابر تؤمر المرأة بان لا تفرج بين فخذيها وبان لا تتعنى فى البراز بواسطة استعمال الحقن وبالامتناع عن الجماع مدة كافية لذلك واما تمزق ملتقى الشفرين فيحصل كثيرا عقب ولادة اولية سيما اذا كانت اجزاء الفرج قليلة التمدد والانبساط وكانت راس الجنين عظيمة وخرجت دفعة واحدة من غير ان تشعر بها القابلة فلم

تحفظ بيدها العجان وينبغى فى هذا استعمال الالة المسماة بجفت الولادة ثم ان كان التمزق فى الشوكة فقط شفى من ذاته وينبغى ان يستعان على شفائه بالراحة وتقارب الفخذين وان امتد الى العجان والحاجز بين المهبل والمستقيم كان اكثر خطرا مما قبله لان المواد البرازية حينئذ تخرج من غير ارادة بسبب اتحاد فتحتى المستقيم والفرج ولذلك لم يكن له سابقا معالجة واما الان فقد شفيت مرارا عديدة بالمعالجة الجراحية

العاشرة زوائد الغشاء المخاطى الذى للمهبل فقد يتولد على مبدأ الغشاء المخاطى الذى للمهبل زوائد افرنجية وقرنبيطية ونحو فينبغى قطعها بالمقص وقت معالجة الداء من الباطن بالادوية الزيبقية وينبغى وقت القطع تمييز الوريقات الاسية عن الزوائد الافرنجية لئلا تقطع وان كان غير خطر وقد يتولد فى الغشاء المخاطى المذكور البوليبوس ويكون صغير الحجم فينبغى ربطه وقطعه وفى بعض النساء قد ينشأ من التهاب الغشاء المخاطى المهبلى ظهور اورام فطرية تسد المهبل وتصير جدرانه اسفنجية ولحمية وهذا يحصل غالبا من التهور فى استعمال المهيجات وينبغى مقاومة ذلك بالغسل بالاشياء الملينة وبالابزن الفاترة وبالحمية القاسية وفى بعض الاحيان تكون المقاومة بالابزن الدلوية والاغتسال بمحلول سولفات زنك اى ملح روح التوتيا مع مغلى العفص وبالابزن النصفية الباردة ويضاف عليها نصف اوقية من حمض ملح الطرطير متحدا مع الحديد فان هذه الاشياء يحصل منها نجاح عظيم بسبب انها تغير التهيج الحاصل فى الاعضاء المصابة بتهيج آخر

الباب الثانى فى آفات الرحم وما يلزم لها من العمليات

آفات الرحم اربع عشرة آفة

الاولى الجروح

جروح الرحم تندر جدا ما لم يكن متمددا من العلوق لانه حينئذ يكون مختفيا فى الحوض ومكتنفا بعظامه وبالمثانة من الامام وبالمستقيم من الخلف ومحل الجرح وغوره واتجاهه وسيلان الدم من المهبل علامات آفات الرحم وزمان الحبل يكثر

فيه تعرض الرحم للاضطراب والرض وتفرق الاتصال بسبب زيادة حجمه وثقل الجسم المنحصر فيه وهذه الجروح مهما كانت لا تستدعى الا المعالجة المضادة للالتهاب العامة والموضعية واذا كانت المرأة حاملا فينبغى لها التمسك بالاشياء التى تناسب لمنع الاسقاط وحوادثه الخطرة كالاستراحة والحمية والابزن والفصد

الثانية الانسداد

قد ينسد عنق الرحم انسدادا خلقيا او عارضيا يحصل فيه من التصاق حوافى الفتحة الرحمية عقب التهاب شديد فى ذلك المحل حصل من ولادة شاقة وقد يتفق فى بعض النساء ان يكون الجزء البارز من عنق الرحم فيهن ملتصقا بجدران المهبل فيتسبب عن احتباس الدم فى الرحم بذلك اعراض يقل خطرها ويكثر كعدم سيلان الطمث وانتفاخ البطن الذى يزيد فى كل شهر والتموج المحسوس فى الرحم

عملية

* والعملية فى ذلك ينبغى فيها ان تكون المريضة مستلقية على ظهرها متباعدة الفخذين والساقين من مساعدين يمسكانها ثم يدخل الجراح فى الفرج آلة البزل او مشرطا الافا على نصله خرقة الى قرب سنه حتى يصل به الى الرحم مهديا له على سبابة اليد اليسرى فيشق به الرحم شقا صليبيا يستفرغ به ما فيه من السايل ثم يحفظ الشق بفتائل يضعها فيما بين حافتيه حتى تلتحم كل واحدة على حدتها *

نوع هذه الفتحات معرض للالتهاب

وهذه العمليات والعمليات التى يستدعيها انسداد المهبل يعرض لها قليل تعسر ولا يحصل منها للمريض خطر فلذا كان ينبغى ان يتقدمها فحص جيد عن حالة الاعضاء البطنية واستعداد لتدارك الالتهابات الشديدة بمقاومتها بالاشيا القوية الفعل

الثالثة التحول

لما كان الرحم موضوعا بين عضوين يتغير حجمهما احيانا كثيرة ومرتبطا برباطات غشائية قابلة للتمدد وضعيفة التحمل كان قابلا للتحول واظهر تحولاته ما كان من الامام الى الخلف او من الخلف الى الامام ويقال لهذين التحول الامامى

والتحول الخلفي والاول منهما يكون فيه قعر الرحم متجها الى الامام وعنقه الى
الخلف والثاني بعكسه وكلاهما يحصل للرحم وهو فارغ من الحمل او في الاشهر
الثلاثة الاول منه ويكون ذلك التحول يسيرا او كثيرا على حسب كون ميل قعر
الرحم من الخلف الى الامام او من الامام الى الخلف بارتفاع واحد او كون القعر
اخفض من العنق وهاتان العلتان تصحبهما اعراض كثيرة والتحول الخلفي اكثر
وقوعا واشد خطرا من الامامي وغالبا يكون فيه البعد ازيد ويتسبب عنه الموت
اذا حصل بعد العلوق فاذا فتح الميت وجد فيه الرحم منزنقا متعلقا في الحوض
وتعرف احوال التحول باللمس من صفة تمدد الرحم * وفي عملية هذين التحولين
ينبغي اولا ان يبدأ باستفراغ المواد الثفلية والبول وان كانت المرأة متألمة جدا
والاعضاء ملتهبة ومؤلمة وضع العلق على الفرج وامرت المرأة بالجلوس في الابزن ثم
ان كان التحول اماميا استلقت المرأة على ظهرها مثنية اطرافها العليا والسفلى
لتسترخي جدران البطن منها واجتهد الجراح في رفع الرحم باصابع يده اليسرى
ذاهبا بها في عمق البطن السفلى الى فوق العانة وان كان التحول خلفيا انكبت
المرأة على وجهها معتمدة على مرفقيها وركبتيها رافعة عجزتها وادخل الجراح
اصبعين من اليد اليمنى في المستقيم دافعا بهما جسم الرحم الى الاعلى والامام
وماسكا العنقه باصبع اليد اليسرى ساحبا له الى جهة اتجاهه الطبيعي وربما ادخل
ايضا اصبعين او ثلاثة في المهبل ليسند بهما قعر الرحم ويدفعه الى الامام * واذا
انزنق الرحم في الحوض في الشهر الرابع من الحمل وتحول الى الخلف ولم يمكن رده
الى وضعه الطبيعي اضطر الى شقه من جهة المهبل وهذا نهاية ما يستعمل في هذه
الحالة ويعقبه الاسقاط وبدونه لا يتم حفظ حياة المرأة وقد عملت هذه العملية
مرات كثيرة بنجاح وهي مقبولة اكثر من عملية قطع الارتفاق التي اوصى عليها
بعض الجراحين * والرحم في النسا الحوامل ربما انحرف الى اليمين او الى اليسار
او الى الامام فيحصل من ذلك تعسر في الولادة ومنع ذلك سهل بواسطة ان تضطجع
المرأة على الجانب المقابل لجهة الميل وهي التي يكون فيها العنق وان يدفع قعر
الرحم الى تلك الجهة ليعتدل

عملية التحولين

اذا لم يمكن رد الرحم المتمدد من العلوق الى محله وجب فتحه

انحراف الرحم

الرابعة السقوط

اذا فارق الرحم وضعه الطبيعي ونزل الى اسفل فان وصل الى نحو نصف المهبل قيل له نزول بسيط وان وصل عنقه الى فوهة المهبل قيل له سقوط الرحم وان برز الى الخارج ونتأ فيما بين الفخذين قيل له خروج الرحم ويتبع هذا السقوط الحاصل من استرخاء اربطة الرحم او من استرخاء الانسجة الخلوية الحافظة له اعراض مختلفة والاسترخاء المذكور يحصل غالبا من السقطات او الحركات العنيفة ونحو ذلك فاذا حصل سقوط الرحم استشعرت المرأة بثقل في الحوض وتوتر في القسم الشراسيفي واعراض عصبية كثيرة الاختلاف واذا برز الى الخارج صحب الاعراض المذكورة ورم مخروطي الشكل يغطيه انثناء المهبل عليه وتكون فوهة عنق الرحم مفتوحة في رأسه فاذا تهيج هذا الورم من مماسة الهواء والملابس والبول التهب كثيرا وغطته مادة مخاطية كالصديد او تقرح تقرحا غائرا وقد يتفق ان يجف فوقه الغشاء المخاطي المهبلي ويصير عديم الحس * والذي ينبغي لشفاء الافات المذكورة امران احدهما رد الرحم الى موضعه الطبيعي وتثبيته فيه بواسطة فرزجة مصنوعة صناعة جيدة والفرزجة هنا آلة صلبة تتخذ من طين او خشب او عاج او فضة او صمغ لدن وتدخل في المهبل ليثبت بها الرحم في الافات المذكورة او في حفظ الفتوق المهبلية بعد ردها كما مر في بابه والقدما كانوا يستعملون فرازج دوائية وهي تتنوع الى ملينة وقابضة ومفتحة وغير ذلك وشكلها يكون بحسب الحاجة فتجعل مستديرة وبيضية واسطوانية وغير ذلك وتثقب ثقبا مستديرا في مركزها واكثرها استعمالا ما كانت من صمغ لدن مستديرة الشكل او بيضية والبيضية اجود اذا احتاج جزء من دائرة المهبل الى الاستناد كما في الفتوق المهبلية ويجب ان تدهن هذه الالة قبل ادخالها بدهن او زيت وان تكون محكمة الوضع لتسند الرحم بدون ان تسبب الما والذي يحفظ هذه الالة في موضعها انقباض فوهة المهبل عليها وينبغي اخراجها وتنظيفها المرة بعد المرة وقد يتفق ان ينفذ عنق الرحم في ثقب الفرزجة بسبب ارتكازه عليه

ينبغي رد الرحم وتثبيته في محله

ويطول وربما انتفخ من الجهة المقابلة فيعسر اخراج الالة فلذا كان ينبغي ان
يكون ثقب الفرزجة ضيقا وكيفية ادخال الفرازج ان تستفرغ اولا المثانة
والمستقيم بالتبويل والحقن ثم تستلقي المرأة على ظهرها متباعدة الفخذين رافعة
لعجزتها ناصبة ساقيها وتثبت قدميها على السرير وتدهن الفرزجة بزيت اودهن
وتدخل ان كانت بيضية من احد طرفيها الى اعلى المهبل ثم تعرض فيه لتتمدد من
احد جانبي الحوض الى الاخر وينبغي ان يكون عنق الرحم محاذيا لثقب الفرزجة
ثم تحفظ باصبع وتؤمر المرأة بالوقوف ليرتكز عنق الرحم على سطح الفرزجة ثم بعد
برهة تجلس المرأة او تستلقي مدة متحرزة عن المشي حتى تثبت الفرزجة لما ان اجزاء
المحل تنقبض عليها والمشقة التي تحصل لها من وجود الفرزجة في الجلوس اقل
منها في حالة المشي واشد اتعاب الفرزجة اول وضعها لانه يتسبب عنها حينئذ
زحير وميل للبول بسبب ضغطها على المثانة والمستقيم ثم يتعودان عليها تدريجا
ويسهل على المرأة المشي ولا تزال الفرازج الا بعد حصول الشفاء وهو سنة اونصف
سنة وينبغي ان تخرج الفرزجة في كل خمسة عشر يوما ويحقن المهبل بالماء الفاتر
وينظف والفرازج المسطحة لا تمنع الجماع وعوارض الفرازج سيلان رحمي يصحبه
تهيج فاذا اشتد الالتهاب وجب ازالتها فلذلك تؤمر المرأة بغسلها كثيرا

الخامسة الانقلاب

قد يتفق ان ينقلب الرحم اما في زمن المخاض او في زمن الولادة اوعقبها سيما
اذا حصلت الولادة دفعة واحدة وذلك لان للرحم عند الولادة حركات انقباضية
بها يدفع الجنين الى اسفل فربما تبعه الرحم في النزول فيحصل الانقلاب وهذا
الانقلاب اما ان يكون بانحدار قعر الرحم فقط او بخروج جزء من جسم الرحم من
فوهة عنقه او بخروجه منها بتمامه فيصير سطحه الباطن ظاهرا او بالعكس ويكفي
في معرفة هذا الداء الجس ولابد ان لا يشتبه ببوليبوس الرحم اذا انتبه الجراح
انتباها كليا وامعن النظر في الجس واذا انقلب الرحم وخرج من الفرج تكون الى
ورم عريض ثقيل من الاسفل اكثر من الاعلى ينقلب على المهبل ويتعلق فيه

فيشاهد في محل اجتماع جسم الرحم بالمهبل حوية بارزة متكونة من عنق الرحم المنقلب والاعراض التي تظهر من ذلك نزيف غزير وتهيج والتهاب في الرحم ويحصل في الحوض والبطن الم وتوتر غير محتمل وتعرض الحمى والقلق والحركات التشنجية وربما الموت وبعض النساء قد عاش بهذه الافة وكان الورم فيهن خارجا فيما بين الفخذين ملتهبا ومتقرحا وفي بعضهن قد استحال الى سرطان * واجود ما يعالج به الانقلاب رد الجزء الخارج من الرحم الى محله وحفظه فيه وكلما كان جديدا او غير كامل كان الرد اسهل ولاجل رد هذا الجزء الخارج ينبغي ان تستلقي المرأة على ظهرها وتثني ساقيها وترفع فخذيها ثم يدهن الجراح الاصابع ويدخل بها ذلك الجزء من العنق حتى يرد الى وضعه الطبيعي وهذا ما يناسب استعماله هنا بحسب المرض ويمنع خروجه باستلقاء المرأة على ظهرها وبالابزن الباردة او باستعمال الفرازج فان تعاصى عن الرد واضطر الى ابقائه خارجا وجب الاجتهاد الكلي في نظافته وفي مقاومة التهيج وحفظه بحفاظ

ينبغي رد الانقلاب باسرع ما يمكن

السادسة الاستسقا

التهيج المزمن في الرحم يتسبب عنه انسداد عنقه وافراز مادة مصلية منه كثيرة او قليلة تتجمع في تجويفه وتمدد جسمه تدريجا فيكون ذلك استسقا حقيقيا وقد يمتلئ الرحم من ديدان حوصلية تحصل منها اعراض الاستسقا عينه وقد يظهر ويظن ان هناك حبلا طبيعيا ويكون المرض المسمى بالرجا وهو من انحصار سيال في كيس ملتصق بجدران الرحم ويسير هذا المرض كسير الحبل الطبيعي وقد اغتر به كثير من الاطبا ويعرف بطول مدته وبالعلامات الدالة على عدم الجنين وبوجود الاستسقا وحينئذ فيستفرغ هذا السايل بالبط من عنق الرحم ثم يحقن باطنه بالملينات وبوضع العلق على الفرج والاجود ان يكون على عنق الرحم لمقاومة التهيج ولادرار الطمث وذلك كله يكفي في استفراغ احتقان جدران الرحم وحصول الشفاء

السابعة احتباس الجنين

قد يحتبس الجنين في الرحم اما لآفة في الاجزاء الرخوة كصلابة الرحم او انسداد
عنقه او تحول جسمه واما لآفة في الاجزاء الصلبة كضيق اقطار الحوض
وانسداد تجويفه باورام تختلف في القوام والصفات كالاورام العظمية والاورام
اللحمية فهذه هي الموانع التي تعوق عن خروج الجنين ففي الاحوال الاول يكون
عايق الولادة من آفات الرحم وتكون العملية فيه داخل المهبل ليخرج الجنين من
المسالك الطبيعية واما بقية الاحوال فمن حيث ان الحوض غير قابل لاخراج
الجنين منه يضطر اما التوسيع بتجويفه او الشق بجدران البطن والرحم واخراج
الجنين منه والقواعد العامة السابقة يعرف منها اختصاص كل عارض من
هذه العوارض بعملية من العمليات * فان قطع الرحم المهبلي فاما الصلابة
فتستعمل لها عملية القطع الرحمي المهبلي ثم ان كانت في عنق الرحم وضاق جدا
وتصلب واندمل ووهنت قوة المرأة من شدة حركات الطلق العنيفة الغير النافعة
في توسيع العنق ادخل مشرط ذو زر في المهبل وشق به محلان او ثلاثة او اربعة من
دائرته في الانسجة التي تصلبت وصارت غير قابلة للتمدد ومنعت توسيع فوهة
الرحم وهذه العملية سهلة لا تعسر فيها وعملت بنجاح فلم يحصل منها الا الم خفيف
ولم يعقبها الا نزيف قليل وينبغي للجراح ان يجاوز بالشق حد الاندمال الذي في
العنق واما الاجزاء المجاورة له فتتسع من حركات الطلق * واذا انسد عنق
الرحم بالكلية والتصقت حوافيه بعد العلوق او عقب الجماع ومنع هذا الالتصاق
من توسيع الفوهة الرحمية فينبغي اولا ان يدخل الجراح سبابته ويهدي عليها
مشرطا محدبا ملفوفا نصله بخرقة ثم يشق الفوهة باحتراس شقا صغيرا دافعا
الجنين امامه لئلا يتجرح ثم يوسع الفتحة بتصييره الشق بالمشرط ذي الزر صليبيا *
وان كان الرحم مائلا للامام جدا او ذهب عنقه الى جهة الخلف حتى صار لا يصل
اليه الاصبع وتعسرت الولادة فينبغي اذا لم ينفع بذل الاجتهاد الكلي في تعديله
بدون ان يشق الجزء البارز من جسمه في المهبل لينكمش الرحم في نفسه قليلا
بعد ان يستفرغ جزء من الماء ثم يدخل الجراح ابهام اليد اليسرى في الشق
ويستقصي عن العنق ببقية الاصابع ليمسكه ويعدله ويرده الى وضعه الطبيعي

القطع الرحمي
المهبلي

...ية تعمل حينما
...ود العنق
...دودا

...ة تعمل عند
...كون الرحم
... للامام
١

ومع

ومع ذلك يغمز بيده الاخرى على الرحم من الخارج غمزا مستقيما برفق لتسهل العملية فاذا احدثت هذه العملية انهانت على توسيع العنق ثم يترك الشق لذاته واذا لم يمكن تعديل العنق ورده الى وضعه الطبيعي بعد الشق فليوسعه حتى يمكن اخراج الجنين منه

القطع البطني الرحمي وتسمى العملية القيصرية البطنية

والما ضيق الرحم فتعمل له عملية القطع البطني الرحمي وهي فتح البطن والرحم بالالة القاطعة لاخراج الجنين وهذه العملية تسمى بالقيصرية لانها كما زعم بعض الرواة عملت لام قيصر فى ولادتها اياه ويضطر اليها عند وجود آفة فى تركيب الحوض تمنع من الولادة وكذا اذا ماتت الحامل بعد الشهر السادس من الحمل ومن الجهل بالاحكام ان تدفن الحامل بعد الشهر السادس من الحمل من غير ان يبحث عن حياة الحمل لان هذه المدة يعيش من ولد بعدها فدفن المرأة حينئذ يلزم عليه دفن حي مع ميت وتنبغي المبادرة بهذه العملية حالا ولا تعمل الا عند عدم امكان اخراج الجنين من المسالك الطبيعية ويلزم لهذه العملية مشرطان احدهما محدب الحد وثانيهما مستقيمه ذو زر وجفوت وكلاليب لاسن لها التوسيع جدران الرحم وجدران البطن وجفوت واخيطة مشمعة وسقصات وابر واسفنج وماء ورفائد ونسالة ومراود خياطة ولفافة بدن ذات ازنقة منكبية والمرأة تكون مستلقية على ظهرها فوق سرير مغطى بملاءة مطبقة ويوضع تحت قطنها وسادة لتزيد بروز البطن ويقف الجراح على يسار المريض ومساعدان نبيهان عارفان امام الجراح يضعان ايديهما على جوانب البطن لتثبيت الرحم ولمنع خروج المعا من الرحم وقد استعملوا لهذه العملية جملة طرق * واقدم الطرق فتح البطن من احد الجانبين وكانوا يفضلون الجانب الذى يميل اليه قعر الرحم ثم اختلفوا فى كيفية اتجاه الشق فبعضهم يرى ان يكون على هيئة خط منحرف مبتدأ به من الطرف الغضروفى للضلع الكاذب ومنتهيا الى العانة وبعضهم يرى ان يكون هلاليا وبعضهم ان يكون موازيا للجانب الوحشي للعضلة المستقيمة المسماة بالعضلة القصية العانية وبعضهم يرى ان يكون بالعرض * وهذه الطرق المذكورة فيها عيوب الاول ان شق ثلاث عضلات مختلفة فى الاتجاه يحصل منه عايق عظيم فى التحام الجرح الثانى انه يخشى من اصابة بعض فروع الشريان

طريقة قديمة هى شق جنب منحرف اومستعرض

عيوب هذه الطرق المختلفة

الشراسيفى والشرايين الرئيسة للرحم الموجودة على جانبه والثالث انه اذا
انقطعت الياف الرحم قطعا منحرفا او بالعرض لا تتقلص بدون ان يحصل انتفاخ
فى الجرح وانسكاب المواد النفاسية فى البطن والجراحون لما علموا عيوب هذه
الطرق استحسنوا ان يكون الشق على الخط الابيض وان لا يشق الرحم الى الاسفل
فان ذلك ينشأ عنه خروج المواد النفاسية من الجرح ولهذه العملية عيب واحد
هو عسر انضمام الياف الوتر العريض للخط الابيض ومع ذلك فهى مستعملة
كثيرا ولا يكون كلامنا الا عليها * فينبغى اولا استفراغ البول من المثانة
واستفراغ المستقيم بالحقن وحلق شعر العانة ثم يمسك الجراح مشرطا محدب الحد
ويشق به شقا على الخط الابيض من السرة او اعلى منها الى فوق العانة بنحو قيراط
ونصف واذا شق من اعلى السرة مال عنها الى جهة الشمال لئلا يصيبها وحينئذ
فيسهل شق الرحم من ارفع محل فيه ليتدارك بذلك انسكاب السائلات النفاسية
فى البطن وهذا الشق يكون للجلد والنسيج الخلوى تحت الجلد ثم يشق مع
الاحتراس الخط الابيض الى قرب جهته السفلى بالمشرط ذى الزر مهديا له على
سبابة اليسرى مبتدأ به من اسفل الى اعلى حتى يصل الى الزاوية العليا من جرح
الجلد ويبقى البريتون فيفتحه مع الاحتراس بهذه الكيفية واحد المساعدين
الموكل بابراز البطن يكبس الرحم الى اسفل بقدر الامكان ليقرب قعره الى الزاوية
العليا من جرح البطن فحينئذ يشق الجراح جداره المقدم الى فوق الزاوية السفلى
لجرح البطن بنحو قيراط فيكون طول الشق الذى فى الرحم نحو ستة قراريط
ويصل به الى الاغشية مبتدأ بالمشرط المحدب ومنتهيا بالمشرط ذى الزر ويكون
من الداخل الى الخارج ومن اعلى الى اسفل ثم يثقب الاغشية باحتراس زائد
ويشقها كما فعل فى شق جدران الرحم واذا كانت المشيمة محاذية للفتحة التى
فى الرحم فصلها وخرق الاغشية المجاورة لدائرتها وبعد اتمام العملية تؤخذ رجلا
الجنين باحدى اليدين وتخرج الى الخارج فان تقدمت الرأس على مقتضى الطبيعة
بادر باخراجها والمشيمة اما ان تخرج من الفرج بنفسها او تستخرج * وبعد العملية
يعالج الجرح كمعالجة الجروح البسيطة النافذة فى البطن وارتخاء جدران البطن

العملية

جات تابعية للنساء
لمرضى

السفلى

السفلى يسهل انضمام الجرح بواسطة العصابات الزجاجية اللفافة الضامة وقد لا يكفى
ذلك فيحتاج الى الخياطة ثم يعالج بوضع رفادة غربالية وقبضة من نسالة ورفايد
درجية ثم يثبت ذلك بلفافة بدن محفوظة بازنقة منكبية وتستعمل جميع الاشياء
المضادة للالتهاب العامة والموضعية لتدارك او مقاومة التهاب الرحم والبريتون
واما ضيق تجويف الحوض فتعمل له عملية القطع الارتفاقى العانى وتكون
بشق الليف الغضروفى الضام لعظمى العانة وغايتها توسيع الحوض لتسهيل
الولادة اذا كان فى تجويفه آفة تركيب او ارتبقت فيه رأس الجنين وهذه
العملية مستجدة واول من ابدعها الطبيب الفرنساوى سيجوه والمرأة فيها
تكون موضوعة على جنب السرير وعجيزتها مرتفعة بوسادة تحتها وفخذاها
مثنيان على الحوض ومتباعدان عن بعضهما وعانتها محلوقة ويقف الجراح
على الجهة اليمنى ويمسك مشرطا صلبا محدب الحد ويشق به الجلد مبتدأ به من
الجهة العليا من ارتفاق العانة الى ملتقى الشفرين الكبيرين ثم النسيج الخلوى
ويمسك مشرطا آخر صلبا لاسن له ويقطع به الليفية الغضروفية التى بين عظمى
العانة وليتحرز عند انتهاء القطع من انزلاق المشرط فيصيب المثانة او عنقها
وربما قطعها اذا كان ذا سن وبعد قطع الغضروف يفصل الاربطة العلوية
والسفلية لتزيد الاتساع ولا يبالغ فى ذلك لئلا تعرض عوارض رديئة فى الارتفاق
الفخذى الحرقفى ثم تترك الولادة الى الطبيعة او تعان باليد او الكلاليب ان احتيج
اليها وبعد الولادة يضم الجرح حالا بحيث تتلامس حافتاه من غير ان يتوسط شيء
بينهما وذلك بواسطة لفافة بدن تشد على الحوض جدا وتؤمر المريضة بالراحة
الكلية الى تمام التحام الجرح وصلابته فلا ترتاض الا بعد شهر ونصف او شهرين
وانفصال نحو قيراطين من العانة فى هذه العملية لا يحصل منه هتك فى الارتفاق
العجزى الحرقفى فان جاوز ذلك فلا محالة فى حصول الهتك وخطر هذه العملية
قريب من خطر عملية القطع لبطن الرحم

القطع الارتفاقى

الثامنة الهتك

قد يعرض هتك الرحم لموانع تمنع خروج الجنين ولا يمكن مقاومتها او لضيق احد جدران الرحم ففي ذلك ربما تمزق عند الطلق وقد يحصل التمزق ايضا من ضربة او اضطراب شديد يصيب الرحم ففي الحالة الاولى بقسميها تستشعر المرأة بالم شديد حاد زائد عن الالم الناشئ عن تقلصات الرحم الطبيعية وكثيرا ما تحس بحركة التمزق وتنخفض البطن ويزول شكلها الطبيعي وربما ظهر الجنين خلف جدرانها وفي الحالة الثانية يحصل جميع ذلك الا ان الجنين يموت غالبا من القوة العارضة التي مزقت الرحم فيقع في الغالب نزيف غزير في البطن السفلى وتكون حياة الجنين والمرأة في خطر عظيم * ولا شيء ينفع في ذلك الا عملية القطع البطني الرحمي اي قطع البطن لفتح الرحم وينبغي فيها ان تكون المرأة مستلقية على ظهرها ويشق الجراح شقا طوله ستة قراريط او سبعة ويخرج منه الجنين ويكون الشق في المحل الذي تكون فيه العملية القيصرية وبقية المعالجة تكون على ما ذكرناها * فمتى حصل هتك في الرحم وبقي الجنين حيا فلا شيء يحفظ حياته سوى هذه العملية وان كان ميتا فاخراجه اقل خطرا من ابقائه في البطن ولا تعمل هذه العملية الا اذا كان الجنين صغيرا او الهتك قديما لان اجتهاد الطبيعة كثيرا ما يكفي في خروج اجزاء الجنين التي استحالت عن طبيعتها اما من المعا بان تخرق المعا وتخرج الاجزاء من الشرج او من الجدران المقدمة من البطن بان تتكون الاجزاء خراجا وتخرج من تلك الجدران

هو يستدعي عملية القطع البطني الرحمي

منفعة العملية

التاسعة الحبل خارج الرحم

الحبل الذي يكون خارج الرحم يتنوع باعتبار محله الى ثلاثة انواع الاول ان يكون في احد البوقين اي قرني الرحم الثاني ان يكون في احد المبيضين الثالث ان يكون في تجويف البطن والعلامات التي تميز بها الحبل الرحمي عن الحبل خارج الرحم لا تعرف غالبا الا في الشهر الرابع او الخامس فتعرف اولا من بروز البطن الذي هو تارة يكون نحو احدى الحفر الحرقفية وتارة يكون نحو السرة وامتداده غير مستو وثانيا من تحرك الجنين خلف جدران البطن السفلى وثالثا من صغر حجم البطن

زمن الحبل ومعرفة كون الجنين فى البوق او فى المبيض اوفى جوف البريتون غير ممكنة ولا يهتم بهبالات الامور التى تمسك بها الاختلاف فى جميع الانواع والطبيعة فى الحبل خارج الرحم قد تعين على اخراج الجنين لكن الغالب ان تكون عاقبة هذا الحبل مهلكة للمرأة والجنين معا وعلى كل حال فيضطر لعملية القطع البطنى الرحمى اذا علم ان هذا الحبل خارج عن الرحم وقد ثبت بالتجربيات العديدة نفع هذه العملية فى حفظ الجنين وامه معا * والمحل الذى تجب فيه العملية هو محل ظهور الحبل خارج الرحم فان كان ظاهرا فى تجويف البطن كان الشق فى المحل المحاذى للخط الابيض وان كان ظاهرا فى البوق اوفى المبيض كان فى محل ظهوره والعملية فى ذلك كالعملية القيصرية الا انه لا يفتح الرحم فيها بل يفتح الكيس الذى احتوى على الجنين

المحل الذى تجب فيه العملية

العاشرة البوليبوس

بوليبوس الرحم يحصل كثيرا ويكون فى الغالب ليفيا ويظهر فى قعر الرحم اوفى عنقه فالذى يكون فى قعره ينشأ فى نسيج جدرانه فان كان اقرب الى السطح الباطن منه برز فى تجويفه او الى السطح الظاهر كان بروزه اكثر ولا يحدث التعب الامن ثقله والذى يبرز فى تجويفه تحصل منه جميع الاعراض الحاصلة من الاجسام الغريبة التى تشغل الرحم وتمدده وكلما زادت تلك الاعراض احدثت تنبها فى جدران الرحم فتتقلص وتدفع البوليبوس الى اسفل فيزيد فى عظم العنق ويهبط فى المهبل فيحصل من ذلك فى بعض النساء الم وحركات عنيفة تشبه الطلق وفى بعضهن تفقد حركة جدران الرحم بالكلية وتتمدد ويزيد حجمها فتشتبه بالحبل الحقيقى وفى بعضهن يرق عنق الرحم ويصير ليفيا غير قابل للتمدد ويغطى الورم ويهبط معه وهذه الاحوال كلها تسهل معرفتها باللمس * وجميع هذه الاجسام اعنى انواع البوليبوس الليفية الرحمية وكذا جميع التولدات الالية الغير الطبيعية يؤل امرها الى ان تتغير عن حالتها وتزول واذا دخل النسيج الخلوى فى تركيبها وكثر جدا التهبت واستحالت بسهولة الى ورم سرطانى اما اذا كان

تغيرات تحصل فى البوليبوس

البوليبوس منحصرا فى الرحم وغير معرض لمماسة الهواء فلا تتم هذه الاستئصالة فان انزل فى المهبل وصار معرضا لتأثير الهواء فانه يسترخى ويحتقن بدم ويصير ينبوعا النزيف كثرت غزارته اوقلت وربما اوقع المريض فى خطر عظيم فيحصل على التدريج الم شديد ناخس ويظهر السرطان وقد يكون ورم البوليبوس صلبا جدا ويكثر فيه النسيج الليفى فيزيد فى الصلابة ويستحيل الى جسم غضروفى ثم يتلبس بقشور من فوصفات الكلس ثم ينتهى بان يصير عظميا ثم ان البوليبوس قد ينفصل من ذاته فقد شوهد فى كثير من النساء خروج هذه الاورام ساقطة من الفرج بعد ان كانت مالئة للمهبل وقد تظهر الى الخارج معلقة ثم تسقط من ذاتها واخيرا شوهد انها تصير عظما او بزول ساقها الرابط لها فتنساب فى تجويف الرحم الحاصر لها وتكون هى الاجسام المسماة بحصاة الرحم

بوليبوس عنق الرحم اقل خطرا

* والبوليبوس فى عنق الرحم يظهر اولا فى المهبل ويكون فى الغالب ليفيا وقد يكون نسيجه لحميا اووعائيا او مخاطيا ولا ينشأ عنه من الالم فى قعر الحوض والتمطى فى الاربية والقطن بقدر ما ينشأ عن الذى يكون فى جسم الرحم ولا يحتاج فى استئصاله الى شدة عنف وهو من حيث انه معرض لمماسة الهواء اكثر من الاول ولتأثير الاجسام الخارجة يسرع اليه التغير ويسهل انتقاله كثيرا الى حالة الارتخاء والسرطان ثم ان البوليبوس الرحمى ربما اشتبه بالحبل الرحمى او بالحبل خارج الرحم او بانقلاب الرحم او بسقوطه او بالاسكيروس الرحمى فاذا احتيج الى معرفة هذه الاعراض وعلاماتها التى تميزها فالتطالع مباحثها فى محالها

معالجة

* ومعالجة بوليبوس الرحم صارت بسيطة وكافية بعد تعب واعتناء معلمين من الجراحين الفرنساوية مثل لريه ودسول وتركت عموما جميع الادوية المجففة والكاوية التى كان القدماء يضعونها على هذه الاورام لازالتها والمستعمل الان على

الربط

العموم طريقتان احداهما الربط والثانية الاستئصال * فالربط سابقا كان لا يستعمل الا اذا كان البوليبوس بارزا الى الخارج واخترع المعلم لوريه آلات مستحسنة لربطه وهو فى المهبل واتقنها المعلم دسول فلذا لا يكون كلامنا الا فى

طريقة دسول

تلك الالات التى اتقنها * فنقول ان عملية ربط البوليبوس وهو فى المهبل

على طريقة المعلم دسول تستدعى ثلاث آلات تستعمل اثنتان منها لارسال عروة الخيط فى المهبل او فى الرحم وتسميان مرسلتى العقدة او موصلتى العروة والثالثة لحفظ شد العقدة الى سقوط البوليبوس وتسمى شادة العقدة فاحدى مرسلتى العقدة ماسورة من فضة طولها نحو سبعة قراريط وفى طرفها العلوى بعض تقوس ليوافق تحدب البوليبوس وينتهى بزر بيضى الشكل ذى تجويف مخروطى وجدرانه ملساء مستديرة وفى طرفها السفلى حلقتان لزيادة سهولة العملية وليربط فيهما الخيط عند ادخال الالة فى المهبل والثانية من مرسلتى العقدة ماسورة من فضة طولها نحو خمسة قراريط فيها بعض تقوس ينحصر فيها قضيب من فضة او فولاذ يتفرع من اعلى الى فرعين ينتهى كل منهما بنصف حلقة فاذا تقاربا فرعان لجريان الماسورة نحوهما انطبق النصفان فيتكون منهما حلقة كاملة واذا لم يحصل ذلك بقيتا منفصلتين عن بعضهما لما فيهما من الحركة الانبساطية وطرف القضيب الاسفل فيه فرجة يربط فيها احد طرفى الخيط فى بعض اوقات العملية واما شادة العقدة فهى قضيب من فضة او فولاذ طوله نحو ستة قراريط ينتهى من اعلى بزائدة قائمة على الالة على زاوية قائمة فى طرفها حلقة ينفذ فيها طرفا الخيط ثم يربطان فى فرجة طرفه السفلى وينبغى للجراح ان يكون معه من شادة العقدة عدة مختلفة فى الطول على حسب علو البوليبوس فى المهبل * وتجهيز هذه الالات لاجل العملية سهل فيكون اولا بانضمام نصفى الحلقة وذلك بان تدفع الماسورة على نحو ما ذكرنا فيحصل من ذلك حلقة كاملة ينفذ فيها احد طرفى خيط مشمع قليل الفتل طوله قدمان وثانيا بتثبيت هذا الطرف من الخيط فى فرجة القضيب وثالثا بتنفيذ الطرف الثانى فى الماسورة الاخرى ويكون اطول من الطرف الاخر ويثبت فى الطرف السفلى من الماسورة على احدى الحلقتين وبعد استحضار ذلك على الكيفية المذكورة يشرع فى العملية * وكيفيتها ان تستلقى المرأة على جانب سريرها وفخذاها متباعدان عن بعضهما ويمسك الجراح آلتى مرسلتى العقدة على التوازى ويدخلهما ماهدتين على اصابع اليد اليسرى فيما بين الورم والجهة

تجهيز الالات

كيفية استعمال الالات

الخلفية من المهبل ثم يخرج الاصابع ويمسك كل آلة بيد ويحركهما تحريكا جذبيا
حتى يصلا الى الجهة العليا من عنق البوليبوس ثم يحل طرفى الخيط المرتبط
بحلقة الماسورة ويمسك باليد اليسرى مرسلة العقدة ذات نصفى الحلقة ولا يحركها
وباليد اليمنى الماسورة الثانية ويلف بها على دائرة الورم فيتكون من ذلك فى الخيط
عروة تحيط بعنق البوليبوس ثم يخرج طرفى الخيط من مرسلتى العقدة وينفذهما
فى حلقة شادة العقدة ويدخلها فى المهبل شادا طرفى الخيط شيأ فشيأ حتى
يلامس عنق الرحم ويحصل فيه الضغط المطلوب * والمعلم بيشان صير آلات المعلم
دسول اسهل مما كانت لانه استغنى عن احدى مرسلتى العقدة بشادة العقدة
وذلك لانه يدخل طرفى الخيط فى حلقتها ويفعل به ما فعل بالمرسلة الاخرى ثم يدخل
طرفى الخيط فى طرفها المتفرع الى فرعين ليحفظ السد المطلوب * وليصرف
الجراح غاية تأمله عند ربط بوليبوس الرحم فى مقدار الضغط المطلوب فى عنق
الورم فيكون اما قويا جدا بحيث تنعدم حركة الدم فى البوليبوس دفعة واحدة
وذلك يكون فى الاورام القليلة الحجم فانها تجف وتذبل ثم تسقط سريعا واما خفيفا
فى الابتداء غير محسوس به ثم يأخذ فى الزيادة تدريجا وهذا يعرض منه انتفاخ
البوليبوس والتهابه وتولد عوارض كثيرة الخطر فلذلك ينبغى بذل الجهد فى ازالة
الفعل الحيوى دفعة واحدة من الاورام التى يربط عنقها وقد يتفق ان البوليبوس
يكون ذا حجم عظيم بحيث يمكن بعد تبعيده عن ما يجاوره ان يجذب بجفت
كلابى * واما المعلم دبويترن فاختار قطع البوليبوس الرحمى عن ربطه وذلك
بان يمسك الورم بجفت كلابى ويسحبه باحتراس الى الخارج بحيث يبعد عنقه
عن الفرج ثم يقطعه بمقص بارد النصل غير مسنون فحصل من ذلك رض فى الاوعية
يمنع النزيف الغزير واذا كان هناك التصاق بين البوليبوس والرحم فينبغى اولا
تمزيقه فان كان عنق البوليبوس غليظا يظن انه يحتوى على اوعية كثيرة فينبغى
ربطه ثم قطعه من اسفل الخيط وعندما يخلص الرحم من الورم يصعد الى اعلى
وتزول جميع الاعراض التى كانت تكابدها المريضة ويحصل الشفاء فى ايام قليلة
* واذا حصل نزيف حبس بواسطة الحقن بالماء البارد فان كان غزيرا ولم ينقطع

تصحيح بيشان

ينبغى ان يشد الرباط حتى تنقطع دورة الدم عن الورم دفعة واحدة او تدريجا

قطع عنق البوليبوس

معالجة تابعية

بذلك جعل ماء الحقن حابساً باضافة الجواهر القابضة اليه كملح الشب او ملح روح التوتيا او غير ذلك

الحادية عشر الحصاة

حصاة الرحم التى كان يزعمها المعلمون تتكون غالباً من احد امور ثلاثة فاولها من اورام ليفية تستحيل الى عظم كما شرحنا ذلك فيما سبق وثانيها ان الجنين اذا مات واحتبس فى الرحم صار اصلا لتكون قشور صلبة تحصل من المادة المخاطية التى ترشح من جدران الرحم وثالثها ان الرحم يوجد فيه بعض تولدات غير طبيعية كقطع من لحم تسمى مولى وتستحيل عظما فيظن انها حصاة حقيقية ولهذه الامور الثلاثة ينسب جميع ما وجد من الاجسام الكائنة من هذا القبيل التى كان يتكلم عنها المعلمون من غير تأمل فى الزمن الذى كان فيه علم الحكما والتشريح المرضى فى سن الطفولية وهذه الحصاة تستأصل بالجفت فان كان عنق الرحم ضيقا جدا بحيث يمنع نفوذها شق بالمشرط ذى الزر على الطريقة السابقة وهذه العملية ليست عسرة ولا خطرة

الثانية التحجر والاستحالة الى العظم

تحجر الرحم الذى ذكر المعلمون منه شواهد عديدة ينبغى ان ينسب الى البوليبوس الليفى الذى استحال عظما او الى الالتهاب المزمن الذى احال جدران الرحم الى الحالة الغضروفية ثم الى العظمية وهذا امر لا غرابة فيه لان الالتهاب المزمن تنشأ عنه هذه التغيرات ولا تنفع فى ذلك عملية

الثالثة عشر السرطان

الرحم فى غالب مدة الحياة معرض لتنبهات اعتيادية قوية ولكونه متمتعا بقوة حيويه عظيمة جدا كان معرضا لكثير من الاسباب المهيجة الموضعية والسمبناوية فربما حصل فيه زيادة افعال والتهابات مزمنة لا تدرك فى ابتدائها ولا يظهر تقدمها فى الزيادة وغالبا تكون غايتها الهلاك والسرطان لا يعرف له

سبب ينشأ عنه الا هذه الالتهابات ثم هو تارة يصيب جسم الرحم وتارة يصيب عنقه فاذا اصاب جسمه تعسرت معرفته قبل كبره فاذا عظم كان غير قابل للشفاء اصلا واذا كان مصيبا العنق الرحم فقط امكن ان تعمل فيه العمليات الجراحية

اشكال سرطان عنق الرحم

* وهو يشاهد فيه على شكلين مختلفين فتارة تكون الجهة المصابة به منتفخة بعضها اصلب وبعضها ارخو مغطى بتولدات فطرية يرشح منها صديد دموي منتن اوغير مغطى بذلك وتارة تكون متأكلة من قرحة متسعة قليلا اوكثيرا شبيهة بالتأكل السرطاني الذي يكثر في الجلد والشكل الاول ينشأ من احتقان عنق الرحم بمواد مصلية وشحمية فيصير في غالب النساء ذا حجم عظيم ويستحيل الى السرطانية وسرطان الرحم قد ينتشر في العضو كله وفي المهبل والمستقيم والمثانة فيتكون منه فيما بين هذه الاعضاء بالوعة كدرة يسيل منها مواد ثفلية وبول وصديد دموي منتن

اعراض تدل على تقدمه

* والذي يدل على تقدم المرض واخذه في الزيادة حرارة محرقة في قعر الفرج وتوتر في الخاصرتين والاربيتين وتشوش اعتيادي في وظيفة الهضم وخروج سيال ابيض غزير حاد وتوالي الطمث وحرارته وطول مدته فهذه اول الاعراض التي تصحب سرطان الرحم وكلما تقدم الداء اشتد الوجع واستمر وعرض نزيف يتقدمه شدة في الاعراض يتبعها بعض سكون سريع الزوال والسيلان الصديدي تزيد نتانته ويختلط به رغوة سمراء مكونة عن ما ينفصل من جدران السرطان وتشتد الحمى التي كانت في الابتداء قليلة الظهور ولا تدرك الا في المساء والليل وتقوى يوما فيوما وتهزل المريضة ثم يحصل اسهال وينتهي بالهلاك

وضع الالة المرئية لتشخيص الداء

* ووجود سرطان الرحم وتقدمه كان لا يعرف سابقا الا باللمس فقط فلما ظهر حكيم فرنساوي يسمى دوكمب اخترع آلة يعرف بها ذلك وهي انبوبة اسطوانية من فضة اوقصدير طولها خمسة قراريط اوستة واحد طرفيها اوسع من الآخر وقطر الطرف الواسع نحو قيراطين والضيق نحو قيراط ولها يد من معدنها موضوعة على محل تام من دائرة طرفها الواسع طولها نحو ثلاثة قراريط اواقل اواكثر بحسب الحاجة فاذا وضعت هذه الالة في المهبل تباعدت جدرانه وامكنت حينئذ مشاهدة عنق الرحم بالبصر

بمعالجة خطا

* ومما يتأسف عليه كثيرا ان

تصاب النساء بالتهاب بطيء في الرحم ويعالجن من اطباء جبارين مقتدين بقواعد العلم بروى زاعمين ان السرطان لا ينشأ عن الاحوال الالتهابية التى تتقدمه فى العضو وينكرون الالتهاب وينسبون وشم المهبل الى استرخاء وهمى فى ذلك العضو فهؤلاء النساء العديمات الحظ لا يرجى لهن الشفاء لانهم كانوا يعطونهن ادوية عشبية يظهرون بها السرطان ولو كان غير قابل للظهور وعندما يظهر المرض بكليته ويعلن احتقان عنق الرحم بقرب تقرحه يقتصرون فى المعالجة على مقاومة الاعراض التى هى اكثر ظهورا من المرض فكانوا يعالجون الالم بالمخدرات والحمى بالبابونج والكينكينا وانتفاخ عنق الرحم بالسابونير او بالشوكران ويظنون انهم بذلك فعلوا جميع ما يجب فعله وهم مع الجهالة واندهاش العقل يشاهدون زيادة المرض وخبثه وتعاصيه على جميع الادوية ولا يعرفون مقاومة هذا المرض الا على سبيل الاتفاق من غير علم عندهم * والطبيب المتنور بالعلوم يعرف ان الالتهاب المزمن وسرطان عنق الرحم عند ابتدائه يستدعيان استعمال الاشياء المضادة للالتهاب والمصرفات القوية الفعل مدة طويلة فيكون اول ما يستعمله الفصد الموضعى المتكرر بحسب الاعراض وقوة المريض مع المشروبات الملينة المستحلبة والحقن المرطبة والجلوس فى الابزن الغروية ثم الكى والمقاعد مرات عديدة على الحوض والفخذين ثم الجليد المستمر فهذا كله يحصل منه نفع عظيم وطريقة هذه المعالجة هى الاجود والانجح

معالجة صوابية

* فان استمر الداء ولم تنفع المعالجة المذكورة فتنبغى العملية وهى ان تقطع جميع الاجزاء المصابة بالالة القاطعة او تزال بالجواهر الكاوية ولتكن هذه العملية مؤسسة على تامل عظيم مهم جدا وهو ان الاجزاء المصابة بالتقرح دائما تكون منفصلة عن الانسجة السليمة فاذا تباعد الجراح عن القرحة او الورم بنحو قمحتين كان الباقى سليما ليس فيه التهاب البتة وسهل عليه حينئذ ازالة الداء بتمامه واما اختيار كون القطع بالالات القاطعة او بالجواهر الكاوية فهو على حسب اندماج الاجزاء المصابة فان كانت جامدة تقبل التمدد الى اسفل سهل قطعها بالالة وان كانت لحمية رخوة سهلة التمزق فينبغى كيها فى محلها * وينبغى فى العملية

اذا لم تنفع هذه المعالجة تنبغى العملية بالقطع او كى عنق الرحم

طريقة العملية بالالة القاطعة

بالالة القاطعة ان تكون المرأة موضوعة على هيئة مناسبة ويدخل الجراح فى المهبل المرئة الرحمية وينفذ فى تجويفهما الخفت الكلابى ويمسك به عنق الرحم شادا له الى الاسفل ثم يأخذ مقصا منحنيا على سطحه او سكينا ذات حدين منحنية ايضا ويذهب بهما الى اعلى الاجزاء المصابة التى يراد قطعها ثم يقطعها قطعا محكما ولو امتد بهذا القطع الى جميع عنق الرحم بل والى جزء من جسمه ايضا واذا انفتح بعض اوعية سهل حبس النزيف بوضع زر من نار فى فوهته فان لم يكن خروج الدم وثبا ولا كثيرا سهل حبسه بالحقن الباردة وبقية المعالجة تكون باستعمال الحقن الملينة التى تسكن التهاب الاعضاء وتجذب الصديد الى الخارج وتعين على التحام الجرح * واما كى عنق الرحم فيكون بالكاويات السايلة

طريقة العملية بالكى

او الجامدة والمستحسن من الاولى محلول نيترات دى مركور فى الاتشيد نيتريك ومن الثانية قطع من البوتاسة الكاوية وهى اغلب الكاويات الصلبة استعمالا وتكون المرأة موضوعة على هيئة لائقة والالة المرئية موضوعة فيها ويقطع اولا بالمشرط او المقص التولدات التى تكون فى عنق الرحم وعند انكشاف السرطان ينشف السطح بكرات من نسالة واحركة منها توضع فيما بين جدران المرئية ودائرة الجرح لتمنع سريان المواد الكاوية الى الاجزاء السليمة وقت العملية ثم يؤخذ قلم من الشعر كقلم المصورين ويغمس فى السيال المذكور او تؤخذ القطعة من البوتاسة وتوضع فى حامل الحجر الجهنمى ويمس بها الاجزاء المراد ازالتها وينبغى ان يبقى الكاوى على المحل دقيقة ثم يحقن بحقنة قوية لتجذب الى الخارج جميع الاشياء التى انفصلت من تأثير الكى وتجدد العملية فى كل ثمانية ايام او عشرة حتى يكتسب الجرح لونا احمر ورديا واستعدادا الى الالتحام وقد يستعمل الكى عقب القطع لما ان الجرح لم تزل فيه الهيئة السرطانية وعلى اى حالة فينبغى للمرأة زمن المعالجة ان تلازم استعمال الاشياء الجيدة فى تدارك او مقاومة التهاب الرحم او البريتون * وقد

امور عامة تحصل من هذه العملية

استعمل هذه العمليات كثيرا المعلم دو بيترن الذى تنسب اليه الطرق المذكورة انفا فحصل منها تقدم فى الشفاء لكثير من النساء اللاتى كان قد يئس من شفائهن وبعضهن زال منه السرطان والتحم عنق الرحم ولم يرجع له الا بعد سنين عديدة

وقدر على مقاومته بالاشياء المذكورة واغلب المرضى منهن قدشفى بالكلية حتى ان بعضهن حبل بعد العملية ووضع مع السلامة ولم يحصل له ضرر لا من عملية القطع ولا من وضع الكاويات ولكون هذه العملية وما يصاحبها من المعالجة العقلية مما يرجى النجاح قل من يموت بهذا الداء من الان فصاعدا

الرابعة عشر القطع

قطع الرحم قال بعضهم انه عملية وزعم انه عملها وشاهد عمليتها ولا برهان على شئ من ذلك فان الرحم عضو مهم تحيط به اوعية كثيرة وقطعه كله تتسبب عنه اعراض شديدة الخطر وغاية ما عرف من ذلك ان يقطع قعره المنقلب عند تعذر رده ومع ذلك فالنزيف الذى يحصل ربما اوقع المريضة فى الهلاك فلذلك كان بعض الجراحين فى هذه الحالة لا يقطع الورم بل يربطه حتى يسقط والاسباب التى تستدعى هذه العملية نادرة جدا ولا تعمل الا عند عدم امكان حفظ المريضة من هلاك يقينى قريب

الباب الثالث فى افات الثدى وما يلزم لها من العمليات

جرت عادتهم ان يذكروا آفات الثدى مع آفات امراض التناسل ويلحقوها بها وهى آفات مختلفة تكثر فى النساء وتندر فى الرجال والمذكور منها هنا سبع

الاولى ظهور الحلمة غير كاملة فكثيرا ما يحصل فى الولادة الاولى ان تبقى الحلمة صغيرة قصيرة صلبة ضامرة لا يخرج منها اللبن آخر زمن الحبل كما هى عادة النساء وتعالج هذه الحالة المضادة للطبيعة بتغطية الحلمة بالوضعيات الملينة وبالاحتراس عن كبس الملابس عليها وبواسطة حلمات مصنوعة وبان يسعى فى اظهار بروز الحلمة بواسطة المص المتكرر

الاولى ظهور الحلمة غير كاملة

الثانية تهيج الحلمة وتشققها الحلمات المراضع معرضة لتهيج شديد وتشقق او انفجار وذلك لشدة القوة الحساسة التى فى الثدى وهذا المرض ينشأ غالبا من المص الشديد ومن تأثير لثة الاطفال واسنانهم فى الحلمة وكثيرا ما يحصل من احتراق يكون فى فم الطفل فينبغى للمرضعة ان تعالج ذلك كل يوم بغسل المحل

الثانية تهيج الحلمة وتشققها

مرات عديدة بمغلى الخطمى او بمغلى رؤوس الخشخاش وان تحترس من حك الملابس الملامسة بواسطة حلمة مصنوعة ويقاوم الاحتراق الذى فى فم الطفل بما يناسبه فان كان هناك بعض قروح دهنت بمرهم مرطب ومجفف وتمنع المرأة الطفل عن الارتضاع من الجهة المصابة * والحلمات المصنوعة البسيطة اما حافظة للحلمة الطبيعية عن حك الملابس وهى كؤوس من خشب اوعاج او صمغ لدن او فضة لها رؤوس كالحلمة الطبيعية تصنع على المخرطة مجوفة من الباطن لتدخل فيها حلمة الثدى وهى التهابها وفى رأسها ثقب صغير توضع على الثدى لتصون الحلمة عن حك الملابس لها وتفيدها شكلا مناسبا واما مسهلة للرضاعة عندما تكون الحلمات منهجة لا يمكن ان يرتضع منها الطفل فقد جعلوا لذلك حلمات مصنوعة تقوم مقام الحلمات الاصلية وهى مثل الاولى الا ان هذه اكبر وقعرها ينتهى بعنق طوله نحو نصف قيراط وفيه قناة مستديرة بعيدة عن الرأس بنحو قمعتين ويثبت فى العنق المذكور ثدى بقرة بخيط وينبغى ان تحفظ جملة من اثداء البقر فى روح العرقى وعند استعمال شئ منها يغلى فى اللبن لتزول منه رائحة روح العرقى بالكلية فاذا جهز ذلك تضع للمرضعة فوهة الكاس على ثديها بحيث تحاذى الحلمة وسط العنق فاذا تناول الطفل ثدى البقرة كان بمنزلة حلمة المرضعة وحركة المص تجذب الهواء الخارج وهو يدفع اللبن فيخرج ويصل الى فم الطفل بدون الم يحصل للمرضعة

حلمات مصنوعة

الثالثة جروح الثدى ورضه

الثالثة جروح الثدى ورضه فجروح الثدى ينبغى ان تعالج كبقية جروح الجسم واما رضه ففيه بعض خصوصيات تستدعى زيادة انتباه الجراح لانه من الاسباب الغالبة لحدوث سرطان الثدى فينبغى حينئذ ان يغطى الثدى بوضعيات ملينة وان يستعمل الفصد الموضعى فيه ويداوم على استعمال الاشياء المضادة للالتهاب حتى يزول اثر الداء بالكلية

الرابعة التهاب حاد فى الثدى

الرابعة التهاب حاد فى الثدى فقد يحصل فى انسجة الثدى التهاب حاد امامن وفور اللبن وفورا زائدا جدا يحصل عقب الولادة واما من ذلك شديد اورض يحصل فى تلك الانسجة فان كان وفور اللبن فى حالة طبيعية فلا يستدعى معالجة قوية وهذا الالتهاب تسهل معرفته ولا تختلف معالجته عن معالجة بقية الالتهابات

الخامسة الخراجات

الخامسة الخراجات فاذا انتهى الالتهاب الذى نحن بصدده بالتقيح فلا ينبغى تأخير فتح الخراج جدا والمختار فى هذه العملية الالة القاطعة ونوع هذا الخراج قد يتضاعف ويكون فيما بين الخراجات استطراق ومن هذه الخراجات ما يمكث فيه الصديد ومنها ما لا تلتصق جدرانه والفتحة التى تفتح فيه تصير ناصورية غالبا ففى النوع الاول ينبغى توسيع الشق او فتح فتحات متقابلة وفى الثانى يكبس برفق على الجدران المنفصلة وينتظر الشفاء برجوع البدن الى صحته وسمنه فترجع الانسجة الى حجمها الاصلى وتمتلئ التجاويف التى احدثها المرض

السادسة اورام كيسيه

السادسة اورام كيسية فالاورام الكيسية فى الثدى ربما اشتبهت بالاحتقانات الاسكيروسية فيه وتستأصل كاستئصال الغدد المنتفخة والمتهيئة الى الاستحالة السرطانية

السابعة سرطان الثدى

السابعة سرطان الثدى فسرطان الثدى من الامراض التى هى فيه اكثر وقوعا وخطرا من بقية امراضه وينشأ من ضربة او يظهر تدريجيا ولا يعلم له سبب والسبب الاقرب له هو الالتهاب المزمن الذى يحصل فى الانسجة ويتولد فيها واعراضه تسهل معرفتها وسيره قد يكون بطيئا وقد يكون سريعا واشكاله مختلفة ففى بعض النساء يبتدى بورم صغير تحت الجلد يزوغ عند الغمز عليه فيعسر ادراكه ثم يتصلب شيأ فشيأ ويزداد حجمه ويتشبث بالنسيج ويعم جزأ عظيما من الصدر ويلتصق سطحه بالجلد المغطى له ويحصل منه الم ناخس ثم تقرح غائر يزيل نسيجه وفى بعضهن يبتدى من الغدة الثديية فتتصلب وتصير مصلية ويهزل الصدر وتغور الحلمة فى فرجة متقرحة تفصل الثدى ويسيل منها خلط مصفر اللون مهيج وفى بعضهن ينتفخ الثدى ويتصلب ويزيد حجمه من افراط غذائه ويكتسب صلابة المرمر ويستمر هكذا مدة طويلة بدون الم وهذه الاشكال وغيرها من الاشكال الكثيرة التى لا ينفع تعدادها ليس لها عند الطبيب اعتبار مهم فى العملية بل الذى ينبغى له هو ان يتأمل فى الاعراض السمباتوية الناشئة من الافة الموضعية من جهة وفى اتساع هذه الافة وغورها من جهة اخرى ونتيجة هذا التأمل وحدها كافية فى معرفة ان شفاء المريض

بواسطة معالجة مضادة للالتهاب اومصرفة له واما بواسطة عملية جراحية والعملية تختلف بحسب كون الورم صغيرا منحصرا كما تحت الجلد او كبيرا ملتصقا بالجلد او شاغلا للثدى بتمامه فاذا كان الورم صغيرا منحصرا كما تحت الجلد فكيفية العملية فيه ان يكون المريض جالسا على كرسى ويمسكه المساعد ثم يشق الجراح جلدة الثدى شقا طوليا طوله بقدر جرم الورم ثم ينفذ فى الجرح كلابا مزدوجا او جفتا ذا كلاب ويمسك به الجزء المصاب ويشده باليد اليسرى الى الخارج واليد اليمنى يكون بها المشرط ويتمم الاستئصال بفصل الاربطة الخلوية الرابطة له ثم يقرب شفتى الجرح ويحصل الشفاء فى زمن قليل * واذا كان الورم كبيرا شاغلا لمعظم الثدى وحصل منه فى الجلد تغير والتصق بسطح السرطان فكيفية العملية فيه ان يحوط على الجزء المصاب من الجلد بشقين هلالين ويسلخ الجلد عن حوافيهما ويرفع ثم يستأصل الجسم السرطانى * واذا كان الورم شاغلا للثدى بتمامه عملت له عملية قطع الثدى كله وقد ذكروا فى تاريخ العمليات الجراحية الرئيسة ان لونيد السكندرى هو اول من عمل عملية قطع الثدى كله فى سرطان الثدى وكيفيتها ان تستلقى المرأة على ظهرها ويشق الورم شيأ فشيأ فاول ما يشق الجلد ويكوى حالا بالمحاور المحماة ليمتنع النزيف ثم يشق شقا اكثر غورا من الاول ويكوى ايضا وهكذا حتى يزول الثدى بالكلية ثم يتمم العملية بكى سطح الجرح جميعه لتزول الاجزاء السرطانية التى ربما تكون بقيت فى المحل وهذه الكيفية القاسية استمرت مدة طويلة مستعملة عند العرب وفى بلاد الاوربا والان قد تركت عند الجراحين المستجدين * والكيفية المستجدة تكون فيها المرأة على الهيئة السابقة او جالسة على كرسى ويقف الجراح امامها مائلا قليلا نحو الجهة العليلة ويمسك الثدى بيده اليسرى ويشده الى الخارج ليمد الجلد الذى ينبغى ان تكون العملية فيه ثم يشق بمشرط محدب على الورم من الجهة الوحشية شقا هلاليا منحنيا فامبتدأ به من اعلى الى اسفل ثم يذهب بالورم نحو الجهة الانسية ليمد الجلد ويشق فى هذه الجهة شقا كالاول مبتدأ به من حيث ابتدأ الاول ومنتهيا به حيث انتهى فيكون الشق محيطا بالورم السرطانى ثم يكشط الورم

كيفية عملية استئصال الاورام الصغيرة المتحركة

كيفية استئصال الاورام الكبيرة الملتصقة بالجلد

كيفية عملية قطع الثدى كله

كيفية مستجدة

مع جميع الاجزاء المصابة مبتدئا بتخليصه من اعلى الى اسفل ومن الداخل الى الخارج وبعد استئصاله بالكلية ينبغي ان يستقصى فان كان هناك غدد اخر موجودة او اجزاء من النسيج الخلوى متصلبة ازالها ويحبس النزيف بوضع اصابع المساعدين على فوهات الاوعية التي يخرج منها الدم او بربط كل ما انفتح من الاوعية لئلا تدخل في اللحم فيعسر ربطها بعد ذلك وبعد ربط الاوعية ينبغي ان تضم حوافي الجرح حالا وتوضع اطراف الخيوط في زاوية الجرح السفلى ويحفظ هذا الانضمام بالعصابات اللزجة ثم بوسائد من نسالة ورفائد ولفافة بدن لها ازنقة منكبية * ثم اعلم ان سرطان الثدى كثيرا ما يصحبه احتقان العقد الابطية

استئصال العقد الابطية

لكنها قد ترجع بعد استئصال الورم الاصلى الى حالتها الطبيعية والغالب انها تأخذ في الزيادة الى ان يتولد فيها الداء فيوجد في بعض الاشخاص حبل صلب مصلى مكون من الاوعية الليفية به يحصل اشتراك العقد مع الثدى السرطانى وحينئذ فينبغي تطويل الشق الى هذا الحبل واستئصاله مع جميع العقد المحتقنة * واذا امتد الداء السرطانى الى الضلوع كشفت وكوى المحل المصاب منها بالحديد المحمى * وعملية سرطان الثدى هى اخر الاسعافات فلا تعمل الا اذا لم يحصل نفع من استعمال الاشياء المضادة للالتهاب والمصرفة ونجاحها لا يكون الا باستعمال الادوية الملطفة والمزلقة قبل استئصال الاجزاء المصابة وبعده

قد يمتد السرطان الى الضلوع

ينبغي استعمال الاشياء المضادة للالتهاب والمصرفة قبل العملية وبعدها

الباب الرابع في آفات الخصية وما يتبعها في العمليات اللازمة لذلك

آفات الخصية ثلاث عشرة آفة

الاولى رض الصفن

رض الصفن لا يكون خطرا الا اذا امتد الى الخصية نفسها وهو كثير الحصول لكون الصفن مدلى بين الفخذين سيما في من يعتاد الركوب وفي الغالب تنشأ عنه القيلة الدموية لانه يحدث عنه غالبا سريان الدم اما في النسيج الخلوى تحت الجلد لانه لشدة تهلهله يسهل سريان الدم فيه واما في الطبقة الغمدية واما في جوهر الخصية ولذلك جعلوا انواع القيلة ثلاثة الرض ولا يستدعى معالجة مخصوصة

وانما ينبغي للمريض ان يلازم الراحة ويستعمل الوضعيات الملينة على المحل والفصد العام والموضعي على حسب شدة الاعراض ويداوم على ذلك حتى يزول الالتهاب والالم بالكلية ثم يستعمل الوضعيات المحللة واذا كثر سريان الدم في النسيج الخلوي للصفن ولم يزل بالامتصاص استفرغ بشق طولي في الجهة المصابة ودووم على المعالجة المتقدمة بعد العملية ايضا

الثانية القيلة المائية

اعلم ان اورام الكيس المتكونة من مادة مصلية رشحت في النسيج الخلوي للصفن او انتشرت في بعض لفايف الخصية او الحبل المنوي تسمى بالقيلة المائية ومعلموا الامراض ميزوها على حسب محالها الى قيلة مائية رشحية وقيلة مائية انسكابية وهما يختصان بالطبقة الغمدية وقيلة مائية كيسية وهي تختص بالحبل المنوي

فالقيلة المائية الرشحية تكون بتمدد النسيج الخلوي للصفن من الرطوبة المصلية وتحصل غالبا من الاستسقا الزقي او اللحمي ويندر كونها اصلية والكثير انها تكون عرضية للاستسقا ولا توجد حينئذ الا في الاطفال عقب الولادة سريعا وتكون فيهم متسببة عن دوام مماسة البول للصفن لانهم دائما ينزل بولهم على الصفن او في الشيوخ وتكون فيهم متسببة عن استرخا نسيج الصفن وضعفه ومعالجتها تكون برفع الصفن بحفاظ وتغطيته بوضعيات محللة مقوية كخرق مغموسة في مغلي فاتر من النباتات العطرية او في النبيذ صرفا او مخلوطا بمغلي النباتات المذكورة واذا كان الارتشاح كثيرا استفرغت الرطوبة المصلية بالتشريط الخفيف لكن لا ينجح ذلك الا اذا كان الورم اصليا فان كان عرضيا لم يكف ذلك في شفائه لانه يكون ناشئا عن اسباب بعيدة

والقيلة المائية الانسكابية تكون من تجمع الرطوبة المصلية في جوف الطبقة الغمدية وهي اغلب القيلات المائية وقوعا وتتميز الى عارضيه وخلقية بحسب كون الطبقة الغمدية بينها وبين تجويف البطن استطراق اولا فان لم يكن هنالك

استطراق

القيلة المائية الرشحية

يلة المائية الانسكابية

صفات القيلة المائية العارضية

استطراق سميت قيلة مائية عارضية وان كان هناك استطراق سميت قيلة مائية خلقية فالقيلة المائية العارضية يكون فيها الورم املس رخوا مستويا متموجا فى ابتدائه بدون تغير فى لون الجلد ويبتدى من قعر الصفن ثم يعظم من اسفل الى اعلى تدريجا حتى يصل الى الحلقة الاربية وكلما زاد عظم الورم تمدد الجلد ورق سطحه وشكل هذا الورم بيضى وثقله يقرب من ثقل الماء وفيه شفافية تظهر فى الضوء الا اذا كان السيال عكرا ولا يتغير حجمه ولا اندماجه من حركات المريض ولا من هيئة وضعه ولا من تأثير الحر والبرد فى الصفن ويكون منفصلا من الحلقة فوق العانة فيساق يحاذى الحبل الخصى ولا يحصل تألم من هذه القيلة الا اذا امتد السيال الغشاء الحاصر له فيؤثر حينئذ فى الخصية وموضع الخصية يكون غالبا فى جهة الورم الخلفية من الانسية وتكون مرتفعة الى اعلى قليلا والبحث عن الاحوال التى ذكرناها بالتأمل يكفى فى معرفة القيلة المائية وتمييزها عن الفتوق والرسوبات العرضية والقيلة الدوالية وغير ذلك من اورام الصفن ومما يميزها عن الادرة اللحمية ايضا شكلها وعدم التئامها وقلة ثقلها وكثيرا ما تعرض امور تغير احوال القيلة المائية وتضيع جملة من علاماتها فيكون تشخيصها خفيا عسرا فتارة يتوتر الورم بشدة ويعظم حجمه فيتصلب جدا ولا يدرك فيه التموج وتارة يقرب من الحلقة فيوسعها طرفه العلوى ويدخل فى البطن ويعظم فيها فينشأ عنه ورم ثان منفصل عن الاول بتضايق بينهما والقيلة المائية القديمة لا تكون الطبقة الغمدية فيها رقيقة شفافة بل تكون سميكة جدا وليفية وربما كانت غضروفية او عظمية وذلك مما يزيل شفافية الورم وتموجه وسيال القيلة المائية المنحصر فى الطبقة الغمدية يكون صافيا شفافا ولونه يقرب الى الاترجية فان كان الورم مصحوبا بفساد الطبقة الغمدية او حصل لها تأثر من الاجسام الخارجة تسبب عنه سريان دم فى الطبقة المذكورة او التهاب شديد كان هذا السيال مسمر اللون او مظلما غرويا او كدر ردى النبيذ فتزول شفافية الورم ويزيد ثقله والخصية فى هذه القيلة تكون صغيرة الحجم مهزولة من قلة التغذية * وقد تعظم وتصير مجلسا لفساد غائر سرطانى بسبب زيادة ثقل الورم ويسمى ذلك بالادرة

ادرة مائية لحمية

المائية اللحمية والمناسب تسميته بالادرة اللحمية المائية لان داء الخصية غالبا يكون متقدما ويتكون منه تجمع الرطوبة المصلية وهى تستدعى معالجة القيلة اللحمية فقط اذا كان فى الخصية سرطان وكثيرا ما حصل شفاء احتقان الخصية بعملية الحقن * وينبغى للجراح عند الاستقصاء عن القيلة المائية ان يصرف غاية تأمله فى امرين احدهما وجود السيال فى الورم وثانيهما تحقق محل الخصية لانه اذا عظمت الطبقة الغمدية استرخت فى بعض الاحيان فتميل الخصية الى الجهة الوحشية او تنزل الى الاسفل او تذهب الى الامام بسبب تجمع المصل وهى ان لم يعرف محلها ربما جرحت وشفافية الورم تعين على معرفة محلها ولا ينبغى التساهل فى جميع العلامات التى تكون موجودة فيها ولاجل ايضاح شفافية الورم ينبغى ان يكون المريض فى محل مظلم مستلقيا على ظهره مثنيا فخذيه مفرقا لهما الجراح ويمسك الورم قابضا عليه من جهة الاربية ويبعده عما يحيط به ثم يضع مصباحا موقودا خلف الورم ويكون هو من امامه ليكون تأثير الضوء من خلف الورم ولزيادة هذا التأثير يضع الجراح حرف يده على الورم مثنيا لها قليلا فبواسطة هذا الاستقصاء الحاصل فى كل جهة من جهات الورم يعرف محل الخصية بانه الذى لا شفافية فيه ويسهل التباعد عنه زمن العملية * وكثيرا ما يصحب القيلة المائية الفتق الاربى وهذا ينبغى توضيحه اكثر من بقية ما يصاحبها فان فيه تنزل الاحشاء البطنية تارة الى الامام مائلة الى الجهة الوحشية وتارة خلف الماء المجتمع وينبغى ان يعرف حد الورمين ولا تعمل عملية القيلة المائية الا بعد رد الامعاء الخارجة ومنع خروجها واذا كان الفتق مختنقا واقتضى الحال عمليته فينبغى تطويل شق الكيس حتى يصل الى الطبقة الغمدية ليحصل شفاء الموضعين معا فى وقت واحد * والقيلة المائية الخلقية كانت غير معروفة عند القدماء واول من اظهرها من الاطباء المعلم وجوبرى الفرنساوى ولها صفات مخصوصة فان الورم يكون فيها رخوا متموجا غير مؤلم بالغمز عليه ويزول كله او بعضه بالغمز او بالاستلقاء على الظهر وسبب ذلك ان بين الطبقة الغمدية وتجويف البريتون استطراقا والسيال فيها يكون على حسب العوارض

ما على الجراح ان يصرف تأمله فيه

القيلة المائية المصحوبة بفتق اربى

صفة القيلة المائية الخلقية

فاما

فاما ان يجتمع فى الطبقة الغمدية او يرجع الى البطن السفلى ومع هذا الاختلاف فكثيرا ما يصحب القيلة المائية المذكورة الفتق الخلقى ويقع هنالك اختلاط اجزاء سائلة باجزاء جامدة يسهل ردها الى البطن ويبقى فى قعر الصفن جسم مستطيل مستدير هو الخصية * وقد شوهد وجود القيلة المائية الحلقية والخصية ممسوكة فى البطن او فى القناة الاربية او فى الحلقة فوق العانة ففى ذلك يتمدد جزء البريتون الذى ينثنى على الخصية وعند وصوله الى الخارج يتكون منه ورم اذا غمز عليه برفق يرتد بالكلية ويزول فحينئذ يعرف وجود الخصية او عدم وجودها والقيلة المائية يندر كونها مرضا خطرا وان كان يحصل للمريض من ثقلها مشقة ويتشوق دائما للتخلص منها وتمنع انتصاب القضيب وتقلل الباه * ومعالجة القيلة المائية اما معالجة تسكينية واما معالجة استئصالية فالمعالجة التسكينية هى استفراغ السيال المجتمع فى الورم بالبضع كلما تولد وهى وحدها تناسب الشيوخ والضعاف الذين لا يطيقون العمليات المؤلمة ولا الالتهابات الشديدة والمعالجة الاستئصالية لا يكون استفراغ الرطوبة المصلية فيها الا واسطة مهيئة لعمليات اخر غايتها تلك العمليات ازالة سبب تجمع تلك الرطوبة بواسطة احداث الالتهاب وانسداد التجاويف الكائنة فى الطبقة الغمدية * والكيفيات المستعملة فى هذه المعالجة كثيرة والرئيس منها هو الكشط والشق والكى والتنغيط والخزام ووضع الفتيل والماسورة والحقن * فقاعدة الكشط قديمة جدا وشرحها اشلسو والبوكازس وفلوييو وينبغى فيها ان يكون المريض مستلقيا على ظهره فوق الجانب الايمن من السرير وساقاه متباعدان ومثنيان قليلا والجراح يقف فى الجانب الايمن من السرير وبيده مشرط محدب ويقبض الجهة الخلفية من الورم بيده اليسرى ليتمدد جلد الصفن الذى للجهة المقدمة ثم يشق الورم شقا ينزل به نزولا عاموديا على جميع امتداده فان كانت القيلة المائية كبيرة الحجم فينبغى ان يحيط الجراح جهتها المقدمة بشقين هلاليين ليزيلها بهما ثم يشد الجلد الى جهة الخلف ويخرج الطبقة الغمدية ويستأصلها بتمامها الى اسفل الحبل المنوى بواسطة مقص حاد والمساعد زمن العملية يحفظ الخصية ثم توضع الخصية فى قعر الصفن بعد ربط

ربما وجدت القيلة المائية والخصية لم تخرج من الحلقة فوق العانة

معالجة

قواعد فى العملية

الكشط

الاوعية وتقرب حافتا الجرح الى بعضهما ويعالج بوضع نسالة ورفايد ويثبت
الشق جميع ذلك بحفاظ * وقاعدة الشق قديمة ايضا كالتى قبلها وتكون بشق جلد
الصفن فى مرة واحدة بمشرط فتسيل منه المائية ثم يملأ الجرح نسالة وبقية
الجهاز لا يختلف فيها عما قبلها وغاية المعالجة حفظ تجويف الطبقة مفتوحا
حتى تتولد الازرار اللحمية على جميع سطحها وتسده سدا تاما بانضمامها على
الكى الخصية * وقاعدة فتح القيلة المائية بالكى بالحديد المحمى او بالجواهر الكاوية بان
تكوى الجهة المقدمة بالحديد طولا او يذر عليها من الجواهر الكاوية خط طويل من
اعلى الى اسفل اوصى عليها بعض الجراحين والمعلم جوس دى شليالذوان استحسن
ان هذا الفعل لا ينبغى ان يكون الا على الجهة المقدمة من الورم لكنه كان يضع من
البوتاسة قطعة كافية لان تحدث فى المحل خشكريشة قطرها نصف قيراط وبعد
احداث ذلك يغطى المحل بوسادة مدهونة بالمرهم الهاضم ويحفظ الصفن بحفاظ
ويلازم المريض الراحة الكلية وبعد اليوم الثانى او الثالث من العمل يظهر فى
المحل الم وتصلب الورم وتوتر ويحصل فى الطبقة الغمدية التهاب شديد تنشأ عنه
حمى وقئ ثم تسكن هذه الاعراض بعد اربع وعشرين ساعة او ثمان واربعين وتأخذ
الخشكريشة فى الانفصال واذا لم تنفتح الطبقة الغمدية من البوتاسة فتحت
بمبضع والسيال الخارج يكون دبقا غير شفاف يقرب للصفرة وفيه قطع زلالية
كندف القطن وكلما خرج تقاربت لفافة القيلة المائية حتى تلتحم بالكلية واكثر
الجراحين هجرها الا بعض جراحى الانجليز فيستعملها الى الان سيما فى الاطفال
الذين جلد الصفن فيهم رقيق لطيف لكن يكفى فيهم حك المحل بالحجر
الجهنمى او وضعه نحو نصف ساعة وهذه تعمل لهم الى ان يبلغوا عشر سنين *
التنغيط وقاعدة التنغيط من جملة انواع الكى وهى ان يغطى سطح القيلة المائية بضماد
سنغط ليحدث فى الطبقة الغمدية تهيجا يعقبه على زعمهم تشرب السيال وشفاء
الحزام المرض من اصله ونجاح ذلك قليل * وقاعدة الحزام قديمة ايضا نبه عليها جالينوس
وغيره وتكون على كيفيات مختلفة منها ان يثقب اولا بآلة البزل اسفل الجهة المقدمة
من القيلة وبعد استفراغ السيال منها يدخل فى الماسورة سهم بماسورة مصنوع

على هيئة الابرة له ثقب يدخل فيه خيط الخزام ويذهب به الجراح من اسفل الى اعلى ملاصقا به للطبقة الغمدية مع الجلد الى الامام ثم يشق من فوق رزهذا السهم شقا صغيرا يخرجه منه وينفذ فيه خيط الخزام الذى ينبغى ان يدوم فى هذه الجهة والاسهل من ذلك ان يكون السهم حاد الطرف ليشق بطرفه بدل الشق بالمشرط وبعض المعلمين يدخل فى ماسورة الآلة البازلة ماسورة صغيرة فيها مسلة حادة الطرف ينفذ بها الخيط * وقاعدة وضع الفتيل ينبغى فيها ان تشق الطبقة الغمدية شقا صغيرا نافذا وينفذ فيه فتيل ويجدد الى ان تلتحم الاجزاء وهى متروكة عند جراحى الافرنج ومستعملة عند جراحى العرب * وقاعدة الماسورة تتم بكيفيات مختلفة فبعض المعلمين كان بعد اتمام البضع بالآلة البازلة واستفراغ السيال يبقى ماسورة البازلة فتحك باطن الطبقة الغمدية وتهيجها فيحصل من ذلك التهاب والمعلم لريه اوصى بتنفيذ قطعة من قاثاطير من الصمغ اللدن مجوفة مفتوحة الطرفين طولها خمسة قراريط وغلظها مناسب لان ينفذ فى ماسورة البازلة ويترك منها قيراطان فى تجويف الطبقة الغمدية وتثبت فيها بواسطة خيط يربط فيها وفى حفاظ ليحدث منها التهاب فى الطبقة الغمدية لانها بمنزلة جسم غريب والغالب ان الالتهاب لا يتأخر وجوده اكثر من يوم وليلة فان حصل قبل ذلك اخرجت والعلامة التى يعرف بها وقت اخراجها هى انقطاع السيال الخارج منها وذلك علامة على ابتداء حصول الالتهاب به * وطريقة الحقن ليست قديمة جدا واول من اخترعها جراحوا الانجليز وكانوا يستعملون فيها محلول البوتاسة او روح العرقى اوغيرهما من السائلات المنبهة لكن احسنها النبيذ والذى ينبغى فى هذه الطريقة تجهيز محقنة تسع نصف رطل او ثلاثة ارباع رطل وتكون ماسورتها مطابقة لماسورة البازلة مطابقة محكمة وتجهيز آلة بازلة معتدلة فى الغلظ ووعاء ينزل فيه السيال وزجاجة نبيذ احمر جدا ممزوج باوقية او اوقيتين من العرقى على حسب ما يطلب احداثه من درجة الالتهاب ثم يسخن النبيذ حتى تكون حرارته فى درجة ثنتين وثلاثين او خمس وثلاثين من ميزان الحرارة المنسوب للمعلم رومور وعلامة ذلك ان يقبل الاصبع حرارته اذا وضع فيه * وينبغى فى وقت البضع

وضع الفتيل

ماسورة من فضة او من صمغ لدن

الحقن

كيفية البضع

ان يكون المريض مستلقيا على جانب سريره وفخذاه متباعدان ويأخذ الجراح
الورم بيده اليسرى رافعا بها الخصية الى الاعلى والخلف مقربا بذلك السيال فهو
اسفل الطرف المقدم ليبرز هذا الطرف ثم يأخذ الالة البازلة باليد اليمنى ويضع
سبابتها على ماسورة الالة محددا بها القدر الذى يريد ادخاله ويكون على حسب كبر
القيلة ولا يزيد عن قيراطين ويضع بها من اسفل الى اعلى مائلا قليلا من الامام
الى الخلف فيما بين الاجزاء البارزة بالغمز فاذا زالت المقاومة وخرج من السيال
بعض نقط على ماسورة البازلة دل ذلك على ان الالة نفذت فى السيال فحينئذ
يخرج سهم البازلة باليد اليمنى ويثبت ماسورتها باليد اليسرى فى المحل حتى
تستفرغ الرطوبة المصلية ويغمز على الصفن برفق ليسهل الاستفراغ متحرزا من
ان يقرع طرف الماسورة الخصية ثم ان لم يرد الا المعالجة التسكينية للمرض رفع
الماسورة وغطى الصفن برفادة مغموسة فى النبيذ وحفظها بحفاظ وبعد قليل
من الايام يرجع المريض الى اشغاله الاعتيادية * وكيفية الحقن ان يدخل
الجراح ماسورة الحقنة فى ماسورة البازلة ويدفع السيال تدريجا حتى تتمدد الطبقة
الغمدية وتعود الى انتفاخها الذى كان قبل استفراغ السيال منها فان لم يكف
فى ذلك امتلاء الحقنة مرة مليت مرة ثانية وهكذا حتى يمتلى الصفن والسبابة هنا
تخدم فى سد الماسورة ليحتبس السيال من دقيقتين الى ثلاث ثم ترفع السبابة
ويخرج السيال ويعاد الحقن ثانيا وثالثا اذا لم يحدث من الاول او الثانى الم شديد
ولم يستشعر المريض بامتداد الالم فى طول الحبل المنوى الى القطن وترفع الماسورة
بعد استفراغ الحقن الاخير ثم بعد استفراغ الطبقة الغمدية من جميع ما فيها يغطى
الصفن برفادة مغموسة فى النبيذ وتحفظ بحفاظ * وفى اليوم الثانى تنتفخ الاجزاء
وتصير حادة مؤلمة وقد تحدث حمى شديدة فحينئذ يلازم المريض الراحة الكلية
ويؤمر له بالمشروبات الملطفة للدم وتستعمل الوضعيات الملينة على الورم وفى اليوم
العشرين ترجع الاجزاء الى حجمها الطبيعى شيأ فشيأ واذا صحت العملية شفى
المريض فان كانت القيلة المائية فى الخصيتين عملت الاولى منهما وبعد شفائها
تعمل الثانية

كيفية الحقن

معالجة تابعة

مبحث التقابل بين هذه القواعد

الكشط عملية طويلة مؤلمة ويعقبها التهاب شديد فى الخصية وتقيح فى الصفن ينشأ عنه زوال الخصية وهذه لا يكون فيها انجاح غالبا واما الشق فهو خطر ايضا وينشأ عنه التهاب شديد والكى ينشأ عنه التهاب شديد ايضا ولا يصح الا اذا كانت القيلة المائية صغيرة الجم والتنفيط وان كان لا تعرض منه هذه الافات الا انه لا يكون كافيا واما الخزام والفتيل والمواسير فلا تحدث التهابا الا فى بعض الطبقة الغمدية والغالب انها لا تكفى واما الحقن فهو انفع من حيث ان عمليته سهلة وان السيال ينفذ فى جميع ثنيات الطبقة الغمدية وانه يمكن جعل الحقنة ذات خواص مهيجة شديدة التهييج او خفيفته بواسطة تقليل المكث او تطويله او اضافة روح العرقى اليها وايضا فان العملية فيه قليلة الخطر ويمكن اعادتها اذا لم تصح فى المرة الاولى وهذه الاسباب التى هى اكثر اهتماما اوجبت لاستعمال الحقن كثيرا فى شفاء هذا الداء الذى نحن بصدده وربما استعمل الحقن بدون خطر اذا كان فى الخصية اوالابيذيديموس ورم وكثيرا ما شوهد شفاء ورم الخصية بالحقن اذا لم تكن فى حالة اسكيروسية * واعلم انه قد يتفق بعد استفراغ السيال ان تخرج ماسورة البازلة من الطبقة الغمدية فيحصل من ذلك ان السيال بدل ان ينفذ فى جوف هذه الطبقة يسرى فى النسيج الخلوى للصفن ويعرف هذا العارض حالا بانتفاخ جلدة الصفن وبعدم خروج السيال من الماسورة ففى هذه الحالة يوقف عن الحقن ولا يتم ويشق جلد الصفن شقا طويلا حتى يخرج منه السيال ثم يبادر بالوضعيات الملينة لتمنع ظهور الغنغرينا والامور المهلكة التى ربما تحصل * واذا كانت القيلة المائية غير شفافة وصحبها تغير فى الخصية او فى الطبقة الغمدية وجب شق الورم وبهذه الكيفية وحدها يمكن معرفة حالة الخصية ولفافتها * فان كانت الخصية اسكيروسية وجب استئصالها حالا وان كانت لفافتها متقرحة او ليفية اوغضروفية استوصلت ايضا كما ذكرنا آنفا * وان كانت القيلة المائية خلقية عملت على كيفيتين احداهما ان يرجع السيال للبطن ويضغط على الحلقة الاربية

عوارض الحقن

الشق مناسب اذا كان المرض مصحوبا بتغير

قد يكون الكشط ضروريا

علاج القيلة المائية الخلقية

بحزام فتقى فيحبس السيال فى البطن ويستمر ذلك مدة نحو اسبوع حتى يحصل الالتصام ولا يبقى استطراق بين البطن والصفن واذا حكت جدران الصفن بعضها بان تمسك بين اصبعين وتحك اعان ذلك على الالتصام والثانية ان يضغط اولا على اصل الطبقة الغمدية باصبع المساعد ثم يفعل البضع والحقن على نحو ما ذكرنا والاولى وضع الماسورة بدل الحقن لئلا يمتد التهاب السيال الى البطن وبعد العملية يعاد الضغط بالحزام الفتقى الاربى فيحصل الشفاء كما فى البالغين والضغط فى زمن الحقن يمنع السيال عن ان ينفذ فى البطن وبعده يمنع التهيج عن ان يصل الى البطن السفلى بل يبقى فى محله ويتسبب عن الضغط ايضا انسداد عنق الورم وينبغى قبل العملية ان يتحقق وجود الخصية فى قعر الكيس لانها ان كانت فى الحلقة الاربية او فى البطن استعملت وسائط اخرى وان كان هناك فتق خلقى حسن رده كما يجب حتى يمنع التهاب الاحشاء

والقيلة المائية الكيسية تظهر غالبا فى سمك الحبل الخصى والورم الحاصل منها يكون رخوا اشفافا وتموجه دائما محسوسا او ينزل تدريجا من القسم الاربى الذى هو منشاؤه غالبا الى قعر الصفن والاستقصا الجيد عن صفاته يميزه عن الفتوق الاربية ونوع هذه القيلة ينبغى ان يعالج بالحقن ثم بالضغط على الورم عقب الحقن لتتقارب جدرانه ويمس بعضها بعضا فيحصل التصاقها وهذه الكيفية ينبغى عملها فى القيلة المائية الكيسية التى تكون فى الابيديدموس وهذه القيلة نادرة جدا والشق والكشط لا ينفعان فيها الا اذا كان تشخيص الداء خفيا او كانت جدران الكيس صفيقة جدا فيسهل تلامس بعضها بعضا — قيلة المائية الكيسية

الثالثة ارتشاح مصلى للحبل المنوى

الارتشاح المصلى فى النسيج الخلوى المحيط باوعية الحبل المنوى يسمى عند بعض المعلمين القيلة الانسكابية ويعسر تمييزه عن القيلة الدوالية وهو ورم رخو كالعجين مستطيل قليل التموج غير مستو ليس مصحوبا بعقد معوجة ويمتد من الحلقة الاربية الى قعر الصفن فان استعصى هذا الورم على الوضعيات المحللة والمقوية

واحدث

واحدث للمريض مشقة حسن شقه بالطول وبعد استفراغ السيال منه يلتهب النسيج الخلوى ويتم الشفاء من ذاته

الرابعة قيلة دوالية

القيلة الدوالية مكونة من تمدد دوالى فى عروق الخصية وهى ورم رخو كالعجين غير مؤلم يمتد من البطن الى قعر الصفن والحرارة والوقوف الطويل يزيدان فى حجمه وتأثير البرد والاستلقا على الظهر ينقصان حجمه والسعال والحركات العنيفة لا يزيدان فى حجمه ويستشعر باللمس انه مكون من حبيلات رخوة عقدية تكونت من تمدد الاوردة الخصيية والاعراض الغالبة فى هذا الداء هى الاحساس بامتلاء وثقل شاق فى الصفن وبعض ألم فى الخصية وتوتر فى القطن * وهذا الداء فى الشيوخ يكون اكثر منه فى الكهول وفى الاشخاص الضعاف اكثر من الاقويا وفى الجهة الشمال اكثر من اليمين وذلك حاصل على رأى بعض المعلمين من كون الجهة السفلى من قولون تضغط على الاوعية المنوية * والقيلة الدوالية قابلة لان تكتسب حجما عظيما وشوهد انها قدر قبضتين والاوردة الدوالية المصاحبة لها قد تنفذ فى الخصية وتخرب نظام تركيبها وتزيل جوهرها وينشأ عنها فى بعض الناس ألم شديد قاس وفى بعضهم قد تضمر الخصية من قلة الغذا وكانها تختنق فيما بين الاجزاء الدوالية او تصير اسكيروسية او سرطانية * واصحاب هذه القيلة ينبغى لهم ان يضعوا حفاظا جيد الصناعة لرفع الخصية رفعا جيدا ويحفظها ويستعملوا الابزن الباردة والوضعيات المقوية والقابضة والاغذية المقوية لانها ربما قوت حركة الدم وجريانه فى الاوردة فلا يبقى منحصرا فيها وربما قوت جدران الاوعية فتضيق فتحتها والرياضة المعتدلة فبذلك يحصل الشفاء لهم او يمتنع تقدم الداء فاذا صار الداء اذا جسم وحصل منه مشقة وألم فليبادر بالعملية وتكون بشق الحبل المنوى واظهاره طوله كله وتعريته عن لفايفه المرسلة اليه من اللفافة السطحية ومن العضلة المعلقة ومن اللفافة الباطنة وينبغى ايضا تبعيد الاوردة الدوالية عن بقية الاوردة وقطعها اما حالا او بعد ان تربط برباطين

اسبابها

نتايجها

معالجة

واحد من اعلى وواحد من اسفل ويقطع ما بينهما وذلك اذا كانت غليظة لزيادة الامن وهذه العملية لاتعمل الا فى الاحوال النادرة حيث يكابد المريض الما شديدا قاسيا

الخامسة احتباس الخصية فى الحلقة

قد تحتبس الخصية فى البطن او فى القناة الاربية او فى الحلقة فوق العانة اما الاول فلا تمكن معرفة وجودها فيه لعدم ظهور عرض يدل عليها والجراحة تعجز عن عملية تعمل لذلك لكن لا مانع من ان ينفع فيها ما ينفع فى اللتين بعدها من الوضعيات المرخية والوثب والحركة العنيفة والدلك اللطيف لتطول الاربطة الماسكة لها واما الثانى والثالث فينبغى فيهما ان يبادر بالابزن الملينة وبالوضعيات المرخية والرياضة المعتدلة ليستعان بذلك على تطويل الاربطة الماسكة للخصية عن النزول ومتى عثر بالخصية جذبها باصبعه الى اسفل لتنزل من الفتحة فاذا نزلت نزولا كافيا بحيث يمكن وضع الاصبع فيما بينها وبين الحلقة فينبغى ان يغمز برفق من اسفل الى اعلى فوق البروز الحاصل او ان يوضع فيما بين البروز وجهة البطن مخدة حزام فتقى لتمنع خروج الاحشاء التى تكاد تنزلق من البطن فان اختنقت الخصية المحتبسة فى اعلى الحلقة وحدثت اعراض خطرة كالتعنى والمغص وغيرهما وجب منع نزولها بسد هذه الفتحة بالحزام الفتقى او بالسعى فى انكماشها على نفسها بواسطة الابزن الباردة لتبقى الخصية محتبسة من اعلى الفتحة واحتباس الخصية فى البطن السفلى لاخطر فيه لانها يمكن ان تتم وظيفتها وهى فى هذا التجويف كما تكون فى الصفن

السادسة خصية زائدة فى العدد

زعم بعض المعلمين انه وجد خصية زايدة على الخصيتين لكنه لم يقم برهانا كافيا على ذلك وتأملاتهم لم يؤكدها التشريح لانه لم يوجد فى التشريح المرضى ما يدل على انها خصية ثالثة اذ لم يشاهد فيها قنوات ولا اوعية ولا غيرهما مما للخصية والاقرب للعقل ان هذه الاورام تكونت من اجزاء ثربية خرجت من الحلقة

وتولد منها فى الصفن اورام شحمية ذات لعتناق وصفاقة هذه التولدات وعدم وجود القناة الدافعة للمنى فيها يثبت ذلك

السابعة جروح الخصية

جروح الصفن الواصلة للخصية تستدعى الانتباه والمعالجات الشديدة اللطف والرئيس فى ذلك التمسك بخصوص الاشياء التى يتدارك بها الالتهاب الشديد الذى يعدم جوهر الخصية الخاص بها وينبغى ايضا زيادة التحرز من شد الاخيطة الصغرا التى توجد فى الجرح اواستئصالها فانها هى القنوات الناقلة للمنى وانما زاغت عن لفافتها البيضا واذا انهرست البيضة انهراسا كاملا وجب استئصالها ولكن قبل هذه العملية ينبغى تحقق الاضطرار اليها فان هذا العارض نادر جدا

الثامنة التهاب الخصية

الالتهاب الشديد فى الخصية آفة خطرة وينشأ من اسباب خارجة وفى اغلب الناس يكون من مشاركة الالتهاب الحاصل فى قناة البول زمن السلس المخاطى الافرنجى وعلى كل فهو يستدعى المعالجة المضادة للالتهاب العامة والموضعية خصوصا وضع العلق على الصفن مكررا واذا كان المرض حاصلا من احتباس سيلان افرنجى وجب ارجاع التهيج والسيلان اللذين ذهبا بواسطة انتفاخ الخصية وذلك يكون بادخال قاثاطير من صمغ لدن فى مجرى البول مع وضع الضمادات ونحوها على الصفن واما المحللات فلا تنفع فى معالجة هذا الداء الا عند زوال الالم بالكلية وضعف الامتصاص عن جذب المواد التى تجمعت من التهيج

التاسعة خراج الخصية

خراج الخصية ينبغى فتحه عندما يصير ظاهرا وكثيرا ما يعقبه احتقان اسكيروسى او هزال هذا العضو او ذوبانه

العاشرة قيلة منوية

واعلم ان القدماء كانوا يسمون بعض احتقانات فى الخصية بالقيلة المنوية ظنا منهم انها حاصلة من تجمع المنى فى هذا العضو وهذه القيلة التى زعموها وشرحوها ليست الا قيلة دوالية او التهابا مزمنا فى الخصية لان للطبيعة تصرفات كثيرة تستخلص بها المنى بدون ان يتجمع تجمعا مؤذيا فلذا كان هذا الاسم لا مسمى له وينبغى رفعه من جدول رتب الامراض

الحادية عشر ادرة لحمية وتسمى سرطان الخصية

اسكيروس الخصية او سرطانها يسمى بالادرة اللحمية وهذا العضو نظرا لهيئة وضعه من كونه بعيدا عن الجسم غير ملتصق به وللسمبانيا التى بينه وبين قناة البول التى هى معرضة لالتهابات كثيرة كاحتباس السيال الافرنجى والبول وغير ذلك وللطمع فى الجماع الذى يتعب وظيفة هذا العضو التى هى افراط افراز المنى يكون معرضا للالتهابات المزمنة وللتسرطن وهذا المرض يصيب الشبان كثيرا ويظهر غالبا عقب احتقان الخصية الالتهابى وقد يحصل من ضربة او رض وقد يظهر من غير ان يعرف له سبب * واعراض هذا المرض ان يتقدمه فى بعض الاحيان الم فى القطن وفى الحبل المنوى وفى الاربيسة والاليتين وورم الخصية وتيبس ويكون ورمها بيضى الشكل او مستديرا وزايد الثقل والمه فى الابتداء يكون قليلا او غير موجود ويحصل فى الحبل المنوى من ثقل الورم تو ترشاق ولا يوجد فى الورم فى الابتداء حرارة ولا تغير فى لون الجلد ثم يحتقن الحبل المنوى ويشترك مع الخصية فى الداء فيحصل فى الورم الم ناخس ويصير غير مستو ثم يلين الجوهر الخاص للخصية ويبتدى التهيج فى الجلد الذى لم يحصل قبل فيه شئ ويلتصق ببعض محال من بروز الورم فيتكون خراج تصير فتحته التى يخرج منها الصديد ناصورية وقد يحصل حوالى هذه الفتحة تولدات فطرية ترتفع وكل من التقيح والحمى والدياترى العام للسرطان يسوق المريض للهلاك بعد زمن طويل فى الغالب وسرطان الخصية غالبا ينتهى بانتهاء مهلك لكنه بطئ * واعلم ان كثيرا من الجراحين كان يظن انه متى ظهرت الادرة اللحمية وجب

اعراض هذه الافة هى اعراض الالتهاب المزمن

ينبغى مقاومته بمضادات الالتهاب

قطع

قطع الخصية واستئصالها ولكن تقدم الطب الفيسلوجي والمشاهدات الكثيرة
اكدت شفاء كثير منها وكان كبير الحجم صلبا غير مستو ومعه الم شديد فاخذت فى
التناقص تدريجا وانتهت بالزوال بالكلية بواسطة الراحة والحمية والابزن
المتوالية والضمادات الملينة والفصد الموضعي فى كل يومين او ثلاثة بوضع ثلاث
علقات او اربع او ست على حسب قوة المريض مع المداومة على هذه المعالجة . واما
الادوية الزيبقية التى مدحت جدا للادرة اللحمية فلا تناسب الا اذا كانت ناشئة
عن الداء الافرنجي ومع ذلك فينبغي ان يتقدمها جميع الوسائط المذكورة واما
الشوكران والمحللات الوهمية التى اشاعها كثير من الجراحين فربما انها لم تشف
ولا ادرة واحدة * واذا لم ينجح استعمال الاشياء المذكورة واستمر الداء فتنبغى
العملية قبل ان يمتد الاحتقان الاسكيروسى الى الحبل المنوى او الى العقد
اللينفاوية للحفرة الحرقفية او القطن فلا تمكن معرفة حالة البطن التى لابد للجراح
من معرفتها ولا الحبل المنوى ولا تمكن معالجتهما لان جميع الاجزاء المريضة لا يمكن
قطعها كلها والذى يبقى منها ينمو فيه الداء سريعا ويصير مهلكا فلا تنفع العملية
حينئذ ولا ينبغي ان يختلط على الطبيب ارتشاح غير مولم فى الحبل او خروج جزء
من المعا عن محله او من الترب بالاحتقانات التى نحن بصددها * والجهاز لذلك
مشرط محدب ومقصات وملاقيط واخيطة مشمعة ونسالة ورفائد وحفاظ
وينبغي ان يكون المريض موضوعا كما فى عملية الفتق الاربى فيكون مستلقيا على
ظهره متباعد الفخذين ومثنيهما ويقف الجراح على يمين المريض فان كان الورم
متوسط الحجم والجلد المغطى له سليما شق طولا من الحلقة فوق العانة الى اسفل
الصفن وان كانت القيلة اللحمية عظيمة الحجم جدا او الجلد متغيرا وملتصقا بسطحها
فينبغي احاطتها بشقين هلاليين وليزل الجراح مع الورم قطعة من الجلد المتغير صغيرة
او كبيرة على حسب حجم القيلة وعلى كل فينبغي ان يمسك الورم باليد اليسرى من
الجهة الخلفية ليدفع الى الامام وليتمدد الجلد الذى عليه واذا انفصل الجلد
وخرجت منه الخصية خلصها الجراح مما يحيط بها بمشرط مبتدأ من اسفل
الى اعلى وبعد استخلاص الحبل المنوى يمسكه للمساعد ثم يقطعه بعيدا عن فتحته

اذا استعصى الد
وجبت العملـ

الجهاز

ايقاف النزيف

بشريف قيراط * وربما حصل بعد العملية نزيف اما من اوعية الحبل المنوي او من الاوعية المنفصلة في الصفن نفسه وقد اوصوا بربط الحبل كله لحبس نزيف الشريانات المنوية ولكن شوهد انه حصل من ربطه اعراض خطرة لانه يحتوي على اعصاب كثيرة فيشتد الالم فالاحسن ان يربط كل واحد من الشرايين المنوية على حدته ولتسهيل ذلك ينبغي ان المساعد الماسك للحبل المنوي يخفف الضغط عليه قليلا لتظهر فوهات الشرايين واما الاوعية الاخرى فينبغي ربطها على الكيفية المعتادة وينبغي التأني في الربط وربط اصغر الشرايين لان الدم فيه شدة ميل الى ان يرشح في النسيج الخلوي المكون لجدران الجرح وبعد ربط جميع الاوعية تقرب حوافي الجرح وتضم بالعصائب اللزجة او بغرز من الخياطة ثم يعالج معالجة بسيطة حتى يتم الشفاء

الثانية عشر هزال الخصية

هزال الخصية من عدم تغذيتها مرض نادر وسببه مجهول وكثيرا ما يشاهد في الاقليم المصري وبر الشام وتناقص الخصية واضمحلالها حصل في بعض الناس من غير الم وفي بعضهم بالم ناخس شديد وهزال الخصية لا يكون في واحدة فقط بل يعم الخصيتين والجراحة تعجز عن شفاء ذلك وقد يحصل بتبعيد السبب

الثالثة عشر استحالة الصفن الى داء الفيل

الصفن قابل لان يحصل فيه احتقان لمفاوي واستحالة تشبه داء الفيل والغالب ان الخصيتين يبقيان سليمتين فيما بين لفائفهما الغليظة وهذا المرض مخصوص بالبلاد الحارة كالاقليم المصري وبعض اقسام الافريقيا وبر العرب وبر بادو والهند ويسمى باسماء مختلفة الاول القيلة اللحمية والاطباء المستجدون عرفوا ان الخصية فيه تكون سليمة بخلاف القيلة اللحمية وصفاته هي صفات داء الفيل والغالب انه يوجد مع داء الفيل في الارجل فلذا جزموا بان الذي في الخصية من طبيعة داء الفيل والصفن قابل لتمدد عظيم فقد شوهد بمصر صفن حجمه قدر حجم الزق والخواجا كلوت رئيس مدرسة الطب بابي زعبل قطع قيلة

بالاسكندرية

بالاسكندرية فى شوال سنة ١٢٤٥ وزنها مائة رطل وعشرة ارطال وفى
مشاهدات الجراحة الى الآن لم يشاهد مثل هذه القيلة فى الحجم وهذا الداء كان
يظن القدماء انه لحم فيقولون انه قيلة لحمية بسبب انهم لم يستعملوا فيه السلاح
حتى يفرقوا بين داء الفيل والقيلة اللحمية والفرق بينهما ان القيلة اللحمية يمتد
معها الورم الى الاربية وتكون الخصيتان فى داء الفيل فى محلهما والذى يرم
وينزل الى اسفل انما هو الصفن والظاهر ان هذا الداء يكون فى النسيج الخلوى
فترشح فيه لينفا صفيقة تمدده وتختلط به والقضيب ينجذب بسرعة ويدخل فى
الورم الذى سببه التهيج المزمن الحاصل فى الاجزاء التى اصابها والمعالجة المناسبة
لذلك هى الوضعيات الملينة والفصد الموضعى المتتابع والابزن والمصرفات وغير
ذلك ويحترس من الوضعيات القابضة والمهيجة لانها تزيد فى رداءة الداء فان لم تنفع
هذه الاشياء قطعت الاجزاء المصابة وابقى من الجلد شرافات تكفى لان تغطى
الاعضاء المتعرية التى هى القضيب والخصيتان وتضم بغرز خياطة والنساء
معرضة لهذا الداء ايضا فانه قد يعم الشفرين الكبيرين ويصيرهما ذوى حجم كبير
ويمكن استئصاله بدون خطر

الباب الخامس

فى آفات الكلى والحالبين والمثانة وما يلزم لها من العمليات وهى ثنتا عشرة آفة

الاولى جروح الكلى

صغر الكلى وغور وضعها وكثرة الاجزاء الكائنة امامها والصفاقة والمقاومة
اللتان فى الاجزاء المعضدة لها من الخلف كل ذلك مما يصير جروحها عسرة نادرة
لكنه قد سمع من المعلمين انه اصابتها جروح من سهام ونحوها والاجسام
الجارحة التى تنفذ بعد مرورها فى القسم القطنى الى الكلى وتجرحها لا تصيب
البريتون ولا يحصل منها انسكاب بول فى البطن وتعرف اصابة الكلى من محل
الجرح واتجاهه وخروج الدم او البول المختلط بالدم منه او من مجرى البول
وبانكماش اختلاجى فى الخصية نحو الحلقة من الجهة المحاذية للجرح وقد يحصل

فى الخصية الثانية بطريق السمبا تيا وبانزعاج المريض الآخذ فى الزيادة والنبض حينئذ يكون صغيرا صلبا متواترا غير منتظم والبول يكون قليلا وفيه رسوب وقد يكون صافيا والجلد يكون جافا واللسان احمر وكثيرا ما يحصل القىء ومع كون هذه الاعراض ثقيلة جدا لا تكون آفة الكلى مهلكة والشفاء يحصل بسهولة عند ما تكون الجذوع الرئيسة للشرايين الكلوية سليمة والجرح غير واصل لجوف البريتون ونوع هذه الآفات لا يؤثر خطرا غير التهاب الكلى وهو يقاوم بالاشياء المضادة للالتهاب العامة والموضعية سيما الاستفراغات الدموية العامة والموضعية الغزيرة المتكررة والمكمدات والضمادات الملينة على المحل المصاب والجلوس فى الابزن المركبة من مغليات ملينة فاترة مدة طويلة كخمس ساعات ويكون المريض فى الراحة الكلية واذا انقطع البول وجب الاستقصاء عن القسم الثانى ليتحقق هل تجمع فيها بول من دم تجمد فى عنق المثانة منعه عن الخروج فان يكن اخرج بالقاثاطير والمشروبات الملينة كغلى الخبازى وبزر الكتان والمستحلبات من البزور واللوز والبوبيحصل منها نجاح بتبريدها اجزاء البول فيقل تهيجه وقد يعقب هذه الجروح ناصور بولى قطنى وهو عديم الشفاء غالبا

الثانى خراجات الكلى

الالتهاب الحاد الشديد فى الكلى قد ينتهى بتقيح لا تمكن معرفته الا بالعلامات العامة المصاحبة لتكونه كالحرارة ونشوفة اللسان وبظهوره فى القطن الذى يحصل منه ورم تحت الجلد كثر حجمه او صغر فاذا ظهر فى هذه الحالة تموج غائر فالبغض الجراح بشرط الى اصل الصديد ليستفرغ ثم ينفذ فى الجرح فتيل ليبقى منفتحا ويسهل خروج الصديد منه وينبغى مداومة وضع الضمادات الملينة الى ان يأخذ الجرح فى الالتحام وينبغى فى هذه المدة بعد المعالجة البسيطة ان تمنع استحالة الجرح الى ناصور عديم الشفاء اذا امكن ذلك

الثالثة حصاة الكلى

الحصاة البولية المتكونة فى الكلية ربما وقفت فى حوضها ومكثت فيه زمنا طويلا واكتسبت حجما كبيرا ولم ينشأ منها اعراض خطرة غيرانه بعد ذلك بزمن ما ينشأ عنها التهاب شديد فى انسجتها يسمى التهابا كلويا حصويا وقد ينتهى بتقيح هذه الاجزاء وتلاشيها والغالب انه يبتدى بغتة بالم شديد ناخس فى القسم الكلوى من جهة واحدة او من الجهتين ثم يمتد من هنالك نازلا على اتجاه الحالبين حتى يصل للمثانة والاربية والفخذ المحاذيين لهما ويمتد فى الرجال الى الخصية فتنجذب بقوة نحو الحلقة والى القضيب وخصوصا الى الغدد الاربية وينضم لهذه الاعراض جميع اعراض التهاب الكلى ومع وجود هذه الاعراض كلها فيعسر تحقق وجود الحصاة فيها ان لم نقل انه محال وزعم بعض المعلمين ان هذه الحصاة تستخرج بواسطة عملية تسمى القطع الكلوى والذى يظهر ان هذه العملية لم تستعمل فى حى قط وان ذكر المعلمون انها استعملت مرات عديدة وانها ليست بعسالة والذين تكلموا عنها بالغوا فى عسر اتمامها فاذا تحقق وجود الحصا واضطر الى العملية فينبغى فعلها على هذه الكيفية وهى ان يكون المريض منبطحا على بطنه ويشق الجراح شقا طوله من ثلاثة قراريط الى اربعة ممتدا من الضلع الاخير الى العرف الحرقفى خارج الجانب الوحشى للعضلة العجزية الشوكية وهذا الشق الاولى يكون فى الجلد والنسيج الخلوى تحته والصفائح اللحمية والوترية العريضة وفروع الشرايين القطنية حتى يوصل به الى السطح الخلفى للكلى واذا خرج الدم بكثرة ولم يمكن الربط سد الجرح واخر فتح الكلى الى اليوم الثانى وينبغى ان يوسع شق هذا العضو ليسهل اخراج الحصاة منه بالاصابع او الجفت ومن حيث ان البريتون فى هذه العملية يبقى سليما من غير ان يخدش لا يخشى من انسكاب البول ولا يحصل من هذه العملية الا ناصور قطنى تقاوم اعراضه الالتهابية اذا اشتدت فالقطع الكلوى اذن ليس بعملية عسرة ولا خطرة فى حد ذاتها بل المانع منها كما فى اغلب الامراض عسر تشخيص المرض

الرابعة حصاة الحالبين

حصاة الحالبين تنحدر دائماً من الكلى واعراضها تختلف بحسب حجمها وخشونتها وحبسها البول وموانع جريان البول التي تنشأ عنها فان كانت صغيرة ملساء لم تحصل منها اعراض مهمة وان كانت كبيرة ابطأت او اوقفت جريان البول وقد تكون مركبة من رمل ينفذ البول من بينه فان كبرت جداً ومنعت جريان البول اتسع الحالب من اعلى المانع وزاد كل من الكلى والحالب عن حجمه الطبيعي وصار مثله مرتين او ثلاثاً وان كانت خشنة غير مستوية واندفعت بقوة في الحالب من البول المتراكم فوقها احدثت ألماً شديداً يمتد من المحل المشغول بها الى بقية المسالك البولية وربما مزقت غشاء الحالبين ونشأ من ذلك نزيف او فتحت طريقاً للبول في النسيج الخلوي المجاور لها او نشأ خراج بولي او غير ذلك واذا كانت شاغلة للطرف المثاني الحالبي ادركت وجودها بالاصبع اذا ادخل في المستقيم او في الغمد وكثيراً ما يعرف موضع الحصاة من الالم المتعاقب الحاصل في طول الحالب المتوسط بين الكلى والمثانة واحتباس البول الكامل او غير الكامل يكون على حسب كون الحصاة شاغلة لاحد الحالبين او لكليهما وتشخيص هذه الحصاة غالباً عسر خفي والانذار خطر والادوية غير كافية والفصد العام والموضعي والابزن الفاترة والمركبات الافيونية والمشروبات الادرارية ينبغي اولاً استعمالها لكنها غالباً لا تنفع الا لتسكين الاعراض وقد لا تكون لها هذه الخواص والاعمال الجراحية لا تصح الا في انسداد هذه القناة بالجسم الغريب فيرجع البول الى الكلية ويمددها ويخرب تركيبها ويحيلها الى كيس محسوس خلف جدران البطن ففي ذلك تمكن عملية القطع الكلوي المتقدم وتنفع الجراحة ايضاً في اخراج الحصاة التي وصلت الى الطرف المثاني الحالبي

الخامسة جروح المثانة

جروح المثانة نادرة جداً لان هذا العضو مختف في الحوض ومصان بجدران البطن واحشائه وخطرة جداً سيما اذا كان البريتون منفتحاً معها وشوهد ان الالات الجارحة والرصاص وصلت لجوفها من فوق العانة ثم نفذت منها

ووقفت في المستقيم بدون ان يحصل من ذلك هلاك وفي نوادر الجراحة الحربية عوارض كثيرة كهذه والعلامات الدالة على آفة المثانة موضع الجرح واتجاهه وخروج البول منه او الدم او البول المدمم من مجرى البول والتألم الشديد في المثانة الممتد في طول قناة مجرى البول الى الحشفة ومعالجة جروح المثانة تكون اولا بمقاومة الاعراض ويمنع الارتشاح او الانسكاب للبول وباستئصال الاجسام الغريبة ان كانت فالذي ينفع في المعالجة الاولى اى مقاومة الاعراض الالتهابية الفصد العام والموضعي والمكمدات والضمادات الملينة والابزن والحقن والمشروبات الملطفة والحمية وغير ذلك والذي يتدارك به ارتشاح البول او انسكابه هو وضع قاثاطير من صمغ لدن تستمر في مجرى البول وتبقى مفتوحة ولكن لا ينفع ذلك الا اذا كان الجرح في جزء من الجدار المقدم للمثانة فوق عنقها اما اذا كان في جدارها الخلفي فيشك في كون القاثاطير يمنع منعا كاملا من نفوذ البول في البريتون واذا كان جرح المثانة في محل اسفل عنقها فالقاثاطير غير نافعة غالبا وان كان الجرح الظاهر صغيرا وجرح المثانة يخرج منه بول كثير ولم يمكن استعمال القاثاطير فينبغي توسيع الجرح الظاهر ليسهل خروج السيال ومع ذلك فان حصل الارتشاح البولي في النسيج الخلوي وجب سريعا ان تشرط تشريطا غائرا جميع الجهات التي يتجه اليها السيال ويرشح فيها حتى يخرج ذلك السيال واذا بقي الجسم الغريب في المثانة وجب استخراجه من الجرح ان امكن والا انتظر التحام الجرح ثم يستخرج بقطع المثانة كما في الحصاة المثانية ولا يعمل ذلك قبل التحام الجرح لئلا يجتمع على المريض ضرر الجرحين

السادسة هتك المثانة

هتك المثانة يحصل غالبا من سقطة من محل مرتفع او ضربة عليها حال امتلائها بالبول وهذه الآفة اخطر جدا من الجروح المذكورة آنفا لانه بعد حصول الهتك لابد وان ينصب البول في البطن او في الحوض فيحصل منه عوارض مهلكة غالبا ومعالجة ذلك تكون بتدارك الارتشاح بواسطة تشريط غائر عريض يخرج به

البول المرتشح ويمنع تجدد هذا الارتشاح بوضع قاثاطير مستمرة فى الجرح ومقاومة العوارض الالتهابية بما سبق

السابعة * شلل المثانة

المثانة كبقية الاعضاء الداخلة تحت قهر الارادة تكون قابلة للشلل واكثر اسباب هذا المرض الشيخوخة وقد يكون من تمدد المثانة عقب الاحتياج الى البول بدون ان يستوفى وآفة المخ او السلسلة الفقارية اذا كانت شديدة اوقعت افعال الجزء السفلى من النخاع الشوكى فيتسبب عنها ذلك واخيرا يتسبب ذلك ايضا عن الالتهاب المعدى المعوى اما نظرا للتهيج الحاصل منه فى عنق المثانة اولتشويشه وايقافه فعل العصب * ويدل على هذا المرض فى الابتداء ثقل شاق مصحوب بحس امتلاء او تشدد فى الحوض ثم يزيد بسرعة تمدد المثانة فترتفع عن العانة فيتكون فوق العانة شبه ورم فاذا ترك ازداد التمدد الى نحو السرة وربما جاوزها فاذا وصلت جدران المثانة الى نهاية تمددها فاض عنها السيال المدد لها فيندفع من ذاته ويتسلسل نقطة فنقطة وهذا يسمى فيضانا ثم يتهيج الغشاء المخاطى من المثانة وتظهر جميع علامات التهاب المثانة مع علامات امتصاص البول ثانيا وعلامة ذلك ان تشم رايحة البول فى العرق لامتصاص الاوعية له وادخاله فى الدورة) والمعالجة التى يستدعيها هذا الداء بسيطة وتشتمل اولا على ادخال قاثاطير فى المثانة ليستفرغ ما فيها من البول المتجمع وثانيا على مقاومة الاسباب البعيدة التى ينشأ عنها الشلل والقاثاطير اما ان تبقى مستمرة او توضع بعد كل اربع ساعات وهو الاحسن حتى ترجع المثانة الى وظيفتها الطبيعية والشلل اذا كان سببه الشيخوخة فمعالجته تكون بالمشروبات المدرة للبول وبالدلك المهيج على العانة والقطن كالدلك بالزيت مع روح النوشادر او بصبغة الذراريح او العرقى الكافورى وبالمنفطات على السطح الخلفى للحوض او بالمقصى والذى ينشأ من بروح المخ او النخاع الشوكى او عن الالتهاب المعدى المعوى يعالج كل واحد منها بالاشياء التى تناسبه والذى ينشأ عن تمدد المثانة عقب

الحاجة الى البول اذا لم تستوف بعلاج باستفراغها فيزول عقبه سريعا

الثامنة دوالى المثانة

المثانة وخصوصا عنقها الكونه منبثا فيها اوعية كثيرة قد تتسع اوردتها فتتكون الى اورام دوالية تزيد فى الحجم حتى يحصل منها انسداد عنق هذا العضو انسدادا كاملا وكثيرا ما يحصل ذلك فى الشيوخ من تنبهات متعاقبة ومن وفور دم يحصل فى وقت حركة الجماع * وعلامة ذلك ان يخرج مع البول دم اسود من غير مصاحبة ألم وان ادخل القاثاطير فى المثانة دخل بسهولة ولا يستشعر الا ببعض مقاومة خفيفة تحصل من الاوعية وكثيرا ما يصحب دخوله هتك بعض اوردة ويعقبه سيلان بعض دم وهذا الداء عديم الشفاء غالبا وعلاجه وضع العلق على الشرج والحمية المناسبة وبعض حقن منبهة برفق فى المثانة — علاماتها

التاسعة بوليبوس المثانة واورامها الفطرية وتقرحها

البوليبوس والاورام الفطرية والتقرح فى المثانة لا تظهر بعلامات واضحة تؤكد وجودها الا بعد فتح هذا العضو واعراض هذه الافات كاعراض التهاب المثانة المزمن او كاعراض حصاة المثانة وهما ايضا يصاحبان غالبا الافات المذكورة او يسببان ظهورها

العاشرة نوازل المثانة اى التهابها الطويل

تهيج المثانة الطويل يصدر غالبا من الافراط فى المآكل المنبهة والمشروبات الروحية ويوجد فى الشيوخ اكثر من الكهول وكثيرا ما يحصل من تضايق يكون فى مجرى البول يمنع سيلانه كالحاصل من الداء الافرنجى فلا يخرج الا خيطا رفيعا او متقطعا عكر الزجا ثخينا من تغيره فى المثانة المهيج للغشاء الباطنى واستمرار القاثاطير فيها يسهل دخول الهواء فيها وذلك يكون سببا للنوازل المثانية
* واعراض هذا الداء ألم فى قعر الحوض تكثر شدته او تقل ويكون فى البول الخارج مادة مخاطية خيطية مصفرة ذات شكل صديدى * ومقاومة — الاعراض — المعالجة

هذا الداء تكون اولا بتبعيد الاسباب البعيدة والقريبة التى نشأ عنها ثم تستعمل الاشربة المرطبة اللعابية والفصد الموضعى المتكرر فى العجان او البطن السفلى وعند ما تأخذ اعراض التهيج فى التناقص تستعمل بجاح الترمنتينا او بلسم الكوپاى بكمية قليلة ثم تزاد تدريجيا وفى فرانسا تستعمل آلة تسمى بالقاثاطير المزدوجة السبيل وهى قاثاطير اعتيادية تجويفها ينقسم طولا الى تجويفين بواسطة تجويف وله مستودع كسطل الحلاق ذو حنفية يعلق وتحرر حنفيته على القاثاطير ويكون فيه السيال الذى حرارته فى درجة حرارة الجسم فتفرغ الحنفية فى احد تجويفى القاثاطير فيدخل فيه السيال ويملأ المثانة ثم يخرج منها من تجويفه الثانى المتصل طرفه الخارج بانبوبة من صمغ لدن تفرغ السيال الخارج فى اناء تحت سرير المريض فبهذه الالة يدخل فى المثانة كمية وافرة من السيال يغسلها فى زمن قصير جدا وقد شوهد نفع عظيم من استعمال هذه الالة

الحادية عشر سلس البول

سلس البول هو جريانه بغير ارادة وهو يكثر فى الشيوخ ويكون فى النساء اكثر منه فى الرجال لاتساع عنق المثانة فيهن وضعفه وربما كان سببه زيادة قبول المثانة للتهيج او تمددا او آفات عقب عملية الحصوة فى الياف عنقها او شللها او وجود حصاة غير مستوية وصلت الى مبدء مجرى البول او هتك المثانة ومجرى البول او ضغط الرحم للمثانة حين تمدده من العلوق او ورم آخر كتورم فى المستقيم او سرطان فيه وهذا الداء غالبا غير خطر لكنه متعب وعسر البرء ومعالجته تختلف بحسب اختلاف اسبابه فان كان حاصلا من زيادة قبول المثانة للتهيج عولج بالادوية اللعابية والمسكنة تناولا او حقنا او بالابزن الفاترة وبارسال العلق على الشرج او العجان وان كان حاصلا من ضعف عنق المثانة عولج بحسب الاسباب التى نشأ منها هذا الضعف فيكون بالادوية المقوية وبالمنبهات العامة والموضعية كالدلك والمنفطات والمقصى وان كان من شلل المثانة عولج بما ذكر فى بابه وان كان من حصاة وبلت فى عنق المثانة فلا يبرأ الا باستخراجها وان كان

من هتك المثانة او مجرى البول فمعالجته تكون على الاخص بالقاثاطير التى من الصمغ اللدن وان كان حاصلا من ضغط ورم ظهر بقرب المثانة عولج بازالة الداء الاصلى الذى يكون سلس البول المذكور عرضا من اعراضه فان لم يمكن منع هذا الداء الاصلى فليكتف بمنع سيلانه بواسطة الكبس على مجرى البول بقدر الحاجة بالات مخصوصة وهى حلقة من صمغ لدن تضغط على القضيب او حزام فيه انبوبة يدخل فيها القضيب او بان يلتق البول فى اناء من صمغ لدن او من فضة يثبت فى انسى الجهة العليا من الفخذ وسلس البول قد يدعيه اناس يرغبون فى الاقالة من الخدمة العسكريه والذى يبين الحقيق منه من الكاذب ان الحقيقى يكون طرف الحشفة فيه دائما مندى بالبول ليلا ونهارا والمثانة فارغة والكاذب بخلاف ذلك

الثانية عشر حصاة بولية مثانية

ينبغى قبل الشروع فى العمليات التى تستدعيها الحصاة الواقفة فى المثانة ان نتكلم عن الاحوال التشريحية لهذا العضو فنقول

الكلام على التشريح الجراحى للمثانة

موضع المثانة فى الرجال الجهة المقدمة من قعر تجويف الحوض واما شكلها فجزؤها الاضيق الذى هو عنقها مستطيل ومتجه الى الامام والاسفل وموضعه اسفل الجزء الخلفى للمثانة الذى هو قعرها وهذا القعر من الاسفل له سطح عريض بلا مس المستقيم وجانباه يتصلان بالحالبين ويوجد على جانبيه من الامام بقرب العنق الحويصلات المنوية والقنوات الاتية بالمنى والقنوات القاذفة له التى تنفتح فى الغلصمة المثانية وهذه الحويصلات تتقارب من الامام وتتباعد من الخلف فيكون فيما بينها مسافة كبيرة والقعر السفلى للمثانة تارة يرتفع وسطه من المستقيم فيمتد على جانبيه الى الخلف وتارة تضغط المثانة نفسها الجهة المقدمة للمعا المذكور فيغطى جانبيها وبقية اقسام المثانة ليس فيها اشياء تحتاج لان نتكلم عليها بالخصوص فانها تجويف مخروطى راسه مغطى بالبريتون الذى ينثنى من الامام على الجهة الخلفية للعضلات المستقيمة البطنية المسماة بالقصبية

العانيسة ومن الخلف على المعا المستقيم ومن الجوانب على الجدران الجانبية لتجويف الحوض والعملية القاثاطيرية تستدعى تأملا مهما جدا وهو ان المستقيم متى كان متمددا من المواد البرازية رفع المثانة دائما سيما اذا كانت فارغة وانحنى الجزء الذى فوق العانة من مجرى البول فان كانت المثانة ممتلئة والمستقيم فارغا نزلت المثانة الى الاسفل وذهبت الى الخلف وقرب مجرى البول الى الاستقامة * والمثانة من حيث وضعها لا يتوصل اليها الا من ثلاث جهات الاولى من فوق العانة والثانية من العجان والثالثة من الشرج والمستقيم فاذا كانت المثانة فارغة ومنقبضة على نفسها اختفت خلف الارتفاق العانى وحينئذ فلا تنبغى العملية من تلك الجهة فاذا امتلئت وتمددت جهتها المقدمة ارتفعت خلف العضلات القصبية العانية وابعدت البريتون المغطى لها وحصل بروز فى اعلى الارتفاق العانى يختلف مقداره من ثلاث قمحات الى ست * والاجزاء التى تصون المثانة من الامام هى جلدة البطن ونسيج خلوى قد يكون صفيقا شحميا والياف الاوتار العريضة المتشبكة المكونة للخط الابيض ومن الجوانب لعضلات القصبية العانية والعضلات الاهرامية المسماة بالعانية تحت السرة فهذه الاجزاء لابد من قطعها حتى يتوصل للمثانة * والعجان يحده من الامام القوس العانى ومن الخلف خط يمتد بين الحدبتين الوركيتين ويمر على الشرج ومن الجوانب الشعب النازلة للعانة والشعب الصاعدة للورك فعلى هذا صار شكل القسم العجانى مثلثا راسه الى الامام وقاعدته تقرب من الشرج وينقسم هذا المثلث الى قسمين جانبيين متساويين بخط متوسط بينهما يسمى العضرط وشكل كل من القسمين كمثلث صغير وعنق المثانة موضوع من الخلف بقرب المستقيم وهو قابل للارتفاع والانخفاض بحسب امتلاء المستقيم والمثانة اوفراغهما * ويوجد على العجان من الامام الصفن ومن الخلف الجلد الشاغل للمسافة الكائنة فيما بين الصفن والشرج وتحت الجلد نسيج خلوى شحمى وافر فاذا ازيل هذا انكشف من الخلف الى الامام الالياف الحلقية لعضلة العاصرة الظاهرة ومجمع العضلتين المستعرضتين للعجان المسميات

ما يجاور المثانة

ما يجاورها من جهة البطن

ما يجاورها من جهة العجان

الاجزاء الموجودة على العجان

بالعضلات الوركية العجانية والعضلتين البصليتين الجوفتين المسماة كل منهما بالعضلة المجرية وبصلة مجرى البول واخيرا الجزء الاسفنجي لهذا المجرى واغور من ذلك فيما بين العضلة والشرج يوجد الجزء الغشائى لمجرى البول والبروستتا وعنق المثانة ومن الخلف يمتد الطرف السفلى للمستقيم الذى لم ينفصل عن هذه الاجزاء الا باوردة وشرايين صغيرة وامام البصلة واعلى مجرى البول توجد الاجسام المجوفة والرباط المثلث للقوس العانى ورباط البروستتا واخيرا يوجد فى الحوض الجهة السفلى من الوجه المقدم للمثانة * ويوجد تحت الجلد الكائن على جوانب العجان مسافة خلوية تمتد بانحراف من الامام الى الخلف ومن الانسية الى الوحشية من البصلة المجرية الى المسافة التى بين الشرج والحدبة الوركية وفى هذه المسافة يتعرج الشريان السطحى للعجان ويتقاطع من الامام على زاوية قائمة مع الشريان المستعرض وشريان البصلة ويوجد وحشى هذه المسافة العضلة الوركية المجوفة المسماة بالوركية تحت الاحليل واصل الجسم المجوف والشعبة الوركية التى تصون الشريان الاستحيائى الباطن وفيما بين هذه الاجزاء والاجزاء التى تحاذى العجان تضيق تلك المسافة الخلوية حتى تكون شبه قناة تنفذ صاعدة الى عنق المثانة والى العضلة الرافعة للشرج المسماة بالعضلة تحت العانة القصية وتجرى فيها اوعية وتحاذى من الخلف ضفيرة وريدية قد تكون عظيمة جدا والذى يفصل بين الحدبتين الوركيتين مسافة نحو قيراط ونصف وسمك العجان يختلف بحسب سمن الشخص فيكون من قيراط وبعض قمحات الى ثلاثة قراريط ونصف

* وقعر المثانة المنخفض يحاذى المستقيم بمسافة نحو ثلاثة قراريط وهذه المسافة تفصل الثنية الخلفية للبريتون عن الجانب الخلفى للبروستتا ولا يوجد فى طول هذه المسافة اوعية ولا اعصاب كبيرة وهى عريضة من الاعلى والخلف اكثر من الاسفل والامام واقل حجما فى الاشخاص الذين مثانتهم صغيرة وتصغر هذه المسافة ايضا وقت الحركات العنيفة للحجاب الحاجز

* والمثانة فى النساء موضوعة امام الرحم وقعرها المنخفض ملتصق بالمهبل ومرتكز عليه وعنقها ليس محاطا بالبروستتا واخيرا يوجد على جوانب مجرى البول وامامه

وتحت القوس مسافة ممتلئة بنسيج خلوى وفروع وريدية ويمكن النفوذ من هذه المسافة الى الجهة السفلى من السطح المقدم للمثانة * والحصاة البولية تارة تتكون من ذاتها وتارة من تجمع عناصر بولية قابلة للتبلور تحيط بجسم غريب نفذ فى المثانة وهذه الحصاة المثانية غالبا تأتى من الكلى وتصل للمثانة من الحالبين ويختلف شكلها فمنها ما يكون مستطيلا او بيضيا ومنها ما يكون مستديرا او مثلثا ومنها ما يكون مزدوجا ملتصقا ومنها ما يكون مفرطحا وتارة تكون مستوية وتارة غير مستوية وسطحها تارة يكون املس براقا وتارة خشنا محببا وحينئذ فتسمى توتية لمشابهتها التوت وشوهد انها تشبه القنفذ وتختلف فى حجمها فتكون من اصغر فندقة الى ما يملأ سعة المثانة وهذا النوع الكبير الحجم يكون غالبا على جوانبه ميازيب محفورة من البول يجرى فيها من طرف الحالبين لفم المجرى وتختلف ايضا فى العدد من واحد الى ثلاثين كما شوهد ذلك فى بعض الاوقات وتختلف فى الصلابة ايضا فمنها ما يكون صلبا جدا ومنها ما يكون لينا سهل التفتت وتختلف فى اللون ايضا والاغلب ان تكون بيضا مائلة للصفرة وقد تكون سنجابية وسمرا وحمرا وسودا وغير ذلك وتختلف فى التركيب مع ان الحمض البولى وأوكصلات الجير وفوصفات روح النوشادر وفوصفات الجير وفوصفات المغنيسيا يكون اساسها ويوجد فى الحصاة ماده حيوانية طبيعتها مخاطية * واعلم انه كلما قدمت الحصاة وكبر حجمها وكان سطحها غير مستو كانت الاعراض التى تتسبب عنها اعظم خطرا فيستشعر المريض بثقل دائم فى المثانة واشتياق متوال للبول واكلان شديد فى المجرى خصوصا فى طرف الحشفة وهذه اخف الاعراض التى تحصل عنها ويكون البول مؤلما فى آخره والمريض حينئذ يشد القضيب ويمده وقد ينقطع البول دفعة واحدة ثم يرجع ثانيا واذا غير المريض وضعه سال منه مع البول مادة مخاطية تميل للبياض او خيطية قد يختلط بها رمل والرياضة العنيفة تزيد فى الالم وكثيرا ما تسبب خروج بعض دم * واذا دام تهيج جدران المثانة من وجود حصاة فيها التهبت وتقلصت على الجسم الغريب وغشاؤها المخاطى ينتهى بالغلظ

ويصير فطريا وينشأ فى سطحه تولدات تدخل فيما بين انخفاضات الحصاة فيعسر بذلك اخراجها بالقوة الاستمساك الحاصل فيها ولذا كان المعلمون يسمون ذلك بالتصاق الحصاة والالم ينتهى بانه يكون دائما وغير مطاق والمريض لا يجد له راحة والحمى تدوم ويعقب ذلك الهزال وتنتهى حالة المريض بالهلاك والغشاء المخاطى للمثانة قد ينفذ فيما بين الياف الطبقة اللحمية ويتكون من ذلك تجاويف متفرقة فاذا وجدت حصاة فى هذه التجاويف ربما مكثت زمنا طويلا بدون ان تتحرك وبدون ان ينشأ عنها اعراض خطرة او يعرف وجودها وهذه هى التى سماها المعلمون بالحصاة الكيسية * وبعد النظر الجيد فى الاعراض المذكورة يمكن ان يحكم بان الحصاة منحصرة فى المثانة لكنه ربما حصل الاشتباه فى ذلك فلذا كان وضع القاثاطير فيها هو الذى يعرف به وجودها يقينا فينبغى الالتجاء اليه دائما وهذه وصية لا ينبغى السهو عنها فى اى حال كان ولا تعمل العملية الا بعد ان تجس الحصاة بالقاثاطير حتى وقت الشروع فى العملية والاستقصا عن الحصاة فى المثانة يستدعى انتباها عظيما وقوة فى حس اللمس وممارسة واعتيادا زائدا على هذه العملية والقاثاطير يكون فى الغالب انبوبة من فضة فيها سيخ فى اسفله رأس ينطبق على عيون الالة فيسدها ويمنع دخول البول فيها اذا اريد ذلك وهذه الالة ينبغى ان يكون فيها بعض تقوس قليل من طرفها السفلى لان المقوسة جدا يعسر اهداؤها ويرتكز منقارها بقوة على الجدار العلوى لمجرى البول فلا يدخل فى عنق المثانة والابعاد الثلاثة للقاثاطير لا ينبغى ان تكون فى جميعها على حد سوا فان التى تستعمل فى الاولاد يكون طولها من خمسة قراريط الى ستة والتى فى الشبان من عشرة الى اثنى عشر وقطر الاولى من جزء من قيراط الى جزء ونصف وقطر الثانية جزأن وثلث والقاثاطير الغليظة عموما اسهل فى الدخول ان لم يكن فى مجرى البول مانع لكون اطرافها لا تعثر فى ثنيات المجرى حين الدخول لكن ينبغى ان يكون غلظها على حسب سعة المجرى والقاثاطير لها جسم وطرفان فالطرف الذى يدخل فى المثانة يسمى بالمنقار وينبغى فيه ان يكون املس مستديرا لئلا يؤذى المجرى وفوقه بقليل ثقبان

التشخيص

يضيان احدهما يبعد عن المنقار بجزئين من قيراط والآخر بستة اجزاء وطول كل من الثقبين جزآن من قيراط وعرضه جزء واحد ويسميان بالاعين ونفعهما اخراج البول والطرف الثاني يسمى الصيوان وهو الذي يمسكه الجراح لكونه يشبه الصيوان بسبب انفراشه وعلى جانبي هذا الصيوان حلقتان ينفعان لحفظ الالة بين الاصابع ولتثبيتها اذا اريد استمرارها في المثانة ومن القاثاطير نوع مستقيم وابعاده تكون على ما ذكر في المقوسة لان المستحدث من الجراحين يمكنه ادخال هذا النوع بسهولة مثل الاولى ومن انواع القاثاطير ما يسمى بالقاثاطير السلسلة وهي التي تكون من الصمغ اللدن وهي مكونه من نسيج شبكي من خيط او حرير يشغل على قالب من حديد كالميل قطره يكون على حسب ما يراد من اقطار القاثاطير وهي لا تنفع في الاستقصاء عن الحصاة ولا في اول مرة لانها ليس لها قوة على توسيع المجرى كالقاثاطير المعدنية وهي جيدة فيما اذا اريد استمرار قاثاطير في المثانة للينها وعدم تصدئها وعند استعمالها يدخل في جوفها سيخ او سلك من حديد لتتصلب به * وينبغي لادخال القاثاطير ان يدهن بدهن اوزبد او زيت وكذلك سهمه ويسخن في اليد بان يدلك فيها للنزول منه درجة برودته النازلة عن درجة حرارة مجرى البول وقد يكون نجاح العملية صادرا من ذلك لئلا تنكمش العضلات من برودته وان يكون المريض واقفا وساقاه متباعدان عن بعضهما ومثنيان قليلا وظهره مرتكز على سطح صلب او مستلقيا على ظهره على الجانب الايسر من سريره والجدران المقدمة من الجذع مسترخية ويمسك الجراح القضيب من الجانبين بالابهام والسبابة من اليد اليسرى من تحت الحشفة من غير ان يضغط بهما على مجرى البول وثقب الحشفة يكون منكشفا ثم يتناول باليد اليمنى القاثاطير ويضع الابهام والسبابة على جانبي صيوانها ويدخلها في مجرى البول جاعلا يده اليمنى منقلبة على ظهرها قليلا ويمد القضيب باليد اليسرى على القاثاطير مائلا بها نحو البطن بحيث ان القضيب والالة يخطان قوسي دائرة ينفذ احدهما في الثاني نفوذا متقابلا وعندما يصل طرف القاثاطير الى تحت قوس العانة يقيمها قياما

كيفية ادخال القاثاطير

عاموديا على سمت الجسم من غيران يضغط به وفى ذلك الوقت يدفع الالة حتى
تنزلق تحت قوس العانة وتنفذ فى المثانة وطول مجرى البول لا يزيد على ثمانية
قراريط اوتسعة * ويعلم دخول القاثاطير فى المثانة بزاول المقاومة التى كانت
موجودة اولا وبسهولة تحريك الالة فيها واخيرا بخروج البول * ومخرجوا
الحصاة كانوا يفتخرون بالسرعة اكثر من اتقان العملية وصحتها وكانوا يدخلون
القاثاطير بحيث يكون تقعيرها مما يلى الاسفل وعندما تصل الى اسفل العانة
يديرونها بسرعة نصف دورة فترجع الى وضعها الاعتيادى نافذة فى المثانة
وهذه الحركة المسماة بدفة المعلم تركت الان بالكلية من الجراحين المستجدين لكنه
قد يضطر لها عندما تكون البطن السفلى مرتفعة جدا * ولادخال القاثاطير
المستقيمة كيفية جديدة اخترعها جراح فرنساوى يسمى اموسا وسبب ذلك
ان قناة مجرى البول تقرب للاستقامة عند تمدد القضيب فيحتاج الى استعمال
القاثاطير المستقيمة فيمسك القضيب بالابهام والسبابة من اليد اليسرى بحيث
يكون قائما على سمت الجسم قياما مستقيما والقاثاطير تكون ممسوكة باليد اليمنى
كقلم الكتابة وتنفذ بها فى قناة المجرى الى ان تصل الى تحت القوس العانى فينكس
صيوانها قليلا حتى يجاوز منقارها عنق المثانة وهذه الكيفية سهلة واستعملت
بنجاح عظيم عند عدم امكان استعمال القاثاطير المقوسة لكنها لا تنفع فى
الاستقصاء عن الحصاة فى المثانة اذا شك فى وجودها لانه ليس لها سطح كاف
للامسة الحصاة كالمقوسة * وادخال القاثاطير فى النساء اسهل من ادخاله
فى الرجال والقاثاطير المستعملة فيهن تكون مستقيمة وفيها بعض تقويس قليل
من جهة منقارها وطولها من خمسة قراريط الى ستة والمرأة عند ذلك تكون
مستلقية على ظهرها وفخذاها متباعدان ومثنيان على الحوض قليلا والجراح
يبعد بالابهام والسبابة من اليد اليسرى الشفرين الكبيرين والصغيرين ليظهر
الصماخ البولى فانه قد يذهب للداخل من تمدد المثانة من البول ويمسك القاثاطير
بهذين الاصبعين من اليد اليمنى ثم يدخل منقارها بعد دهنها فى صماخ مجرى
البول دافعا لها حتى تنفذ فى المثانة وينبغى للجراح ان يمارس هذه العملية

علامة دخول القاثاطير فى المثانة

دفة المعلم

كيفية ادخال القاثاطير المستقيمة

كيفية ادخال القاثاطير فى النساء

مرات كثيرة حتى يمكنه فعلها بدون مشاهدة هذه الاجزاء وينبغى لاجل استقصاء حالة المثانة فى النساء ان تكون ممتلئة بالبول ويحرك صيوان الالة الى اعلى واسفل والجوانب حركة رخوية بحيث يلامس منقار الالة جميع اجزاء سطح تجويف المثانة فان لم تحصل من ذلك فائدة اخرج البول واعيدت تلك الحركات زمن خروجه ايضا وحينئذ فيندر ان لا يحس بالحصاة الا اذا كانت متكيسة ومغطاة كلها بالغشاء المثانى واذا قرع منقار الالة الحصاة احس بصلابة واحتكاك جسمين صلبين وبخشخشة وربما سمعها الحاضرون لكن ينبغى زيادة التوعى والانتباه فى ذلك لئلا يشتبه ذلك بقرع سيخ الالة لجدرانها اوقرع الالة لنحو خاتم فى يد الجراح او بقرع جزء عظمى اوتيبس فى الغشاء المخاطى للمثانة ولا يجزم الجراح بالعملية قبل العلم بوجود الحصاة فى المثانة مرات عديدة سيما قبل العملية بقليل فقد عمل بعض الجراحين عملية الحصاة فلم يجدها فى المثانة لكونه لم يفعل ذلك

علامات تدل على صفة الحصاة

* واذا احس بالحصاة فى جميع جهات المثانة كان ذلك علامة ظنية على انها كبيرة الحجم فان كانت مماسة الالة لها يسيرة بحيث تذهب عنها سريعا فربما كانت صغيرة واذا حصل من ملامستها لها صوت ارن وهناك مقاومة شديدة دل على صلابتها واذا سهل انزلاق القاثاطير عليها كان سطحها املس والا كان خشنا ولاجل زيادة تحقق حجم الحصاة وحالة المثانة ينبغى ان يضع الجراح والمريض مستلق على ظهره اصبعا او اصبعين فى المستقيم ويضغط فى هذه الحالة على البطن السفلى الى اسفل باليد الاخرى حتى يلامس الحصاة او يمسكها وهذه الكيفية يعرف بها اتساع المستقيم اوالمهبل وكيفية مجاورتهما للمثانة وحالة استرخاء هذه الاعضاء اوانقباضها فان معرفة ذلك لها مزية عظيمة فى العملية

الكلام على معالجة الحصاة المثانية

معالجة الحصاة المثانية اما بالتفتيت واما بالاستخراج اما التفتيت فكانت القدماء تزعم وجود ادوية اذا وصلت للمثانة اوالكلى كان من خواصها ان تفتت الحصاة منهما وسموها مفتتة الحصى واذا اردنا تعداد هذه الجواهر التى زعمها هؤلاء المغترون

كيفية تفتيت الحصاة في المثانة

طال علينا الشرح بدون فائدة فانه لم يعرف ان شيأ استعمل من القناة الهضمية وفتت حصاة واحدة وزعموا ايضا ان هناك سائلات تكفي لتحليل الحصاة وتفتتها اذا حقنت بها المثانة ونحن نقول ان هذه السائلات ان كانت ضعيفة فلا تؤثر شيأ وان كانت قوية جدا بحيث تقوى على تحليل الحصاة اثرت اولا في المثانة فتلهبها وتلاشيها فلذا ترك ذلك كله * وبعض جراحي الفرنساوية اخترع من مدة ثمان سنين آلة بها يفتت حصاة المثانة حتى تصير مسحوقا يخرج مع البول ويكتفي بهذه الواسطة عن عملية القطع وقد كانوا افتنوا في هذه الالة بفطانتهم لتحصل هذه الغاية كيفيات كثيرة لا ينبغي توضيح جميعها لئلا يطول الكلام علينا بل نقتصر على توضيح كيفية المعلم شسيوبال لكونها الاتقن والاجود فنقول ينبغي قبل العملية زيادة على المعالجات الاولية التي تستدعيها جميع العمليات ان توسع اولا قناة مجرى البول بقدر الحاجة بواسطة استعمال مجسات مصمغة اى قاثاطير من صمغ لدن لا جوف لها مدة ايام تمكث كل يوم في المجرى نحو عشر دقايق مع كونه يزاد في حجمها تدريجا حتى يكون دخول القاثاطير التي قطرها ثلاثة خطوط في المجرى سهلا وبدون الم فحينئذ يمكن دخول الالة المفتتة للحصاة ثم يوضع المريض بعد ان يتحقق وجود الحصاة تحققا جديدا وضعا افقيا على جانب سريره ويكون حوضه مرتفعا اكثر من صدره ويرفع راسه بوسادة ثم تحقن المثانة بماء فاتر حتى تتمدد وتمتلىء بان تدخل ماسورة الحقنة في الثقب الذي عند صيوان القاثاطير التي استقصي بها وكمية السيال المحتقن به تعرف من استشعار المريض بالتبول ثم يخرج القاثاطير وتدخل الالة المفتتة وغلظ هذه الالة وقوتها يكونان على حسب سن المريض وصلابة الحصاة ومتانتها وهي مركبة من ثلاث قطع رئيسة وقطع غير رئيسة فاولها انبوبة ظاهرة من فضة طولها اثني عشر قيراطا وقطرها من سدس قيراط الى ثلث بحسب الحاجة مفتوحة من طرفيها وثانيها انبوبة اخرى باطنة من فولاذ تدخل في الاولى وتكون اطول منها باربعة قراريط واحد طرفيها منقسم الى ثلاث شعب تخدم بمنزلة جفت وطرفها الثاني مدرج بدرجات يعلم منها مقدار تباعد الشعب عن بعضها وهذه الانبوبة تنزلق في باطن

الاولى و يتمكن من تثبيتها فيها وعدم تحركها بواسطة برمة كابسة نافذة فى الاولى وثالثها ساق من فولاذ اطول من الانبوبة الثانية بثلاثة قراريط يدخل فيها واحد طرفيه الثانى ينتهى بزر محزز كالمبرد والطرف الثانى مدرج يوضع فيه بكرة لتقبل وتر القوس ورابعها قوس اويستخدم لبرم هذا الساق فى باطن الانبوبة الجفتية وهذه الالة المفتة اذا انطبقت صارت كقثاطير غليظة مستقيمة * وكيفية استعمالها ان يدخل الجراح اولا الالة مطبوقة فى المثانة بان يقف بين ساقى المريض او على جانبه الايمن منكسا القضيب حتى يكون موازيا للفخذين اللذين يكونان منثنيين قليلا ويمسك الالة بيده اليمنى ويدخلها فاذا وصلت تحت العانة نكس القضيب ووجه منقار الالة الى اعلى قليلا فينفذ فى المثانة بسهولة فاذا انفذ فى باطنها وجهه اولا نحو قعرها الذى تكون فيه الحصاة غالبا فان لم يجدها هناك استقصى عليها فى جميع جهات المثانة على التعاقب فاذا احس بملامسة منقار الالة لها جذب اليه الانبوبة الظاهرة فتتباعد شعب الانبوبة الجفتية عن بعضها فتندفع الشعب نحو الحصاة فتقبض عليها بسهولة فاذا غلب على ظنه انه مسك الحصاة ثبت الانبوبة الجفتية باحدى اليدين وازلق بالثانية الانبوبة الظاهرة على الشعب باحتراس فتقرب الى الحصاة وتحفظها ثم يثبت الانبوبتين تثبيتا قويا بعصر البرمة الضاغطة لهما بحيث لا يمكن تحريكهما * وبعد ان تمسك الحصاة بين الشعب مسكا قويا يضع وتر القوس على البكرة او يضع يد الالة و يبرم بها الساق الثاقب مبتدئا البرم ببطئ ولا يستمر به زيادة على عشر دقايق ثم تترك الحصاة وتخرج الالة ويعاد ذلك ثانيا فى مجلس اخر وهكذا واعداد المجالس تكون على حسب حجم الحصاة ومتانتها وحالة المريض واخراج الالة يكون اولا بفك البرمة وفتح الانبوبة الجفتية وتبعيد شعبها عن الحصاة التى تدفع بواسطة الساق الثاقب وثانيا بادخال الانبوبة الجفتية فى الانبوبة الاولى ثم تخرج الالة كلها من المثانة وفى كل مجلس من المجالس التالية يستقصى عن الحصاة قبل الشروع فى التفتيت بواسطة الساق الثاقب ولاجل ذلك ينبغى ادارته فى المثانة * وبعد انتهاء التفتيت واخراج الالة يبول المريض وحينئذ فيشاهد خروج

المسحوق

كيفية العملية

الزمن الاول

الزمن الثانى

الزمن الثالث

المسحوق وبعض فتات صغير من الحصاة مع البول فاذا ظن عدم فراغ المثانة من ذلك الفتات حقنت مرات عديدة وهذه الواسطة كافية متى كان انسحاق الحجر كاملا بحيث يمكن خروج الفتات الصغير بسهولة ومع ذلك فينبغى ان يستقصى من بعد بعض ايام عن حالة المثانة ليتأكد هل هناك فتات كبير لا يمكن خروجه من المجرى اولا فاذا وجد ذلك برده بالالة ولو فى مرات كثيرة كما فعل اولا وبعد استئصال جميع فتات الحصى ينبغى تدارك التهاب الاعضاء البولية قبل حصوله فيؤمر للمريض بالراحة والتدبير اللطيف فى الماكل والمشارب والاستحمامات ويمكن عموما ان يكون الشروع فى العملية ثانيا فى اليوم الرابع او الخامس وقد حصل من هذه العملية نجاح كثير فهى اقل خطرا من عملية قطع المثانة واقل الما منها وجميع المرضى يمكن ان تلازم اشغالها فى فترات المجالس لكن لا تعمل هذه العملية فى جميع الاحوال ولا لجميع الاشخاص فلا يتجاسر على فعلها للاولاد الذين سنهم اقل من ثنتى عشرة سنة ولا فى الاشخاص الذين فيهم الحصاة كبيرة جدا ولا المصابين بالالتهاب المثانى المزمن او باختلاج مجرى البول او عنق المثانة وينبغى لاجل ان تكون العملية ناجحة لا خطر فيها كون الجراح ممارسا لها كثيرا وكون آلاتها متقنة الصناعة وجميع هذه العوايق والتعسرات احوجت الجراحين الى تقديم عملية قطع المثانة عليها) واما الاستخراج فهو الطريقة المأمونة المستعملة فى زمننا هذا للشفاء من الحصاة البولية ويظهر من كلام المورخين انها كانت معروفة عند قدماء المصريين وكان ابوقراط يعرفها الا انه كان يمنع تلامذته من فعلها فى العهد الذى كان يأخذه عليهم ولا توجد عملية من عمليات الجراحة صرف الجراحون تأملهم فيها ومارسوها كثيرا مثل هذه العملية فلذا كان لاستعمالها قواعد وكيفيات كثيرة ❋ والشروط الاتية يهتدى بها الى اختيار قواعد وكيفيات القطع المثانى الاول منها ان يكون الوصول للمثانة من الطريق الاقرب والاعدل والاقل اوعية والثانى ان تكون الفتحة على حسب حجم الحصاة كبيرة كانت او صغيرة بحيث يسهل استخراجها منها بدون رض وتمزيق فى الاجزاء التى حصل فيها الشق الثالث ان يكون الجرح على

معالجة الحصاة بالاستخراج

شروط عمليات الاستخراج

هيئة بحيث يكون بعد خروج الحصاة بحالة لا يخشى منه فيها التهاب خطر ولا ارتشاح بول ولا نزيف غزير بل يكون سريع الالتحام فترجع الوظائف للاعضاء التي جرحت بسهولة وقواعد العمليات ثمان

الاولى القاعدة المسماة باسم شيلسوا الذى هو اول من شرحها وهى قديمة جدا فانها اخترعت فى القرن التاسع من الهجرة وكانت بسيطة ولا تعمل الا فى سن اثنى عشر سنة او خمسة عشر فكان المريض يضطجع على ركبتى رجل قوى والعجان منه بارز والرجلان منضمان على اليدين انضماما قويا ومتباعدان عن بعضهما والجراح يدخل السبابة والوسطى من اليد اليسرى فى المستقيم ويجذب الحصاة الى تجويفهما ويدفعها بقوة الى الامام نحو الجانب الايسر من العجان ثم يشق الجلد باليد اليمنى شقا هلاليا يكون تقعيره جهة الفخذ الايسر ويبتدى بالشق منه ثم ينفذ الحصاة ويستأصلها بملعقة صغيرة

الثانية قاعدة الجهاز الكبير وسمى بذلك لكثرة الالات التى تلزم للعملية فيه وهذه القاعدة اخترعت سنة خمس وعشرين وخمسمائة والف عيسوية الموافقة لسنة احدى واربعين وتسعمائة هجرية من معلم يسمى جوفى الرومانى وهى ان يشق الجراح فى العجان شقا ممتدا على الجانب الايسر للعضرط من اسفل الصفن الى قرب الشرج باصبع وبعد فتح مجرى البول يمده ويمزق الجزء الغشائى لهذا المجرى ويفتح عنق المثانة والبروستتا لينفتح طريق لدخول الجفت واخراج الحصاة

الثالثة القاعدة المسماة بالجهاز الجنبى وهذه اخترعها قسيس يسمى افراجا كوو وبالفرنساوية افريرجا كواى الراهب يعقوب وهى شق عنق المثانة والشق الظاهر يبتدىء به الجراح من العضرط امام الشرج بقيراط ويمتد به الى الخلف والوحشية فيما بين الشرج والحدبة الوركية والشق الثانى الغائر يكون على هذا الاتجاه فيبتدىء به من قرب مجرى البول ممتدا به على الجهة الجنبية لعنق المثانة والبروستتا وهذه القاعدة بعد اختراعها حصل فيها تنوعات كثيرة وكيفيات تركنا اكثرها فلا نذكر منها هنا الا الكيفيات الاسهل من غيرها فى الاستعمال فينبغى قبل ان تعمل عملية القطع المثانى ان يبحث فى جميع احوال المريض فان

كان

كان معه علامات ظاهرة تدل على التهاب معوى اوبريتونى ولومن منا اخرت العملية حتى يشفى بمعالجة مناسبة ويصير الى حالة استرخاء عام وينقص استعداد الاحشاء للتهيج والالتهاب وينبغى فى اليوم السابق على العملية ان يحقن المريض وقبل العملية بنصف ساعة اوبساعة يحقن ثانيا * ثم يوضع مستلقيا على طاولة عليها طراحة وملاآت ومخدات ويقرب الى جهة الامام بحيث تجاوز

هيئة وضع المريض والمساعدين

الحدبات الوركية منه حد الفراش ولو بقيراط ويمسك كل عقب من عقبيه باليد التى من جهته وتربط برباط من صوف طوله نحو ثلاثة اذرع ونصف وعرضه قيراطان يثنى طاقين ليتكون فى نصفه زردة تدخل فيها قبضة يد المريض ويثبت الكف من تلك اليد على الجهة الوحشية من قدمه ويلف عليها بذلك الرباط ويقف مساعدان على جانبيه يضع كل منهما احدى يديه على ظهر القدم والثانية على الجهة الانسية من الركبة ليثبتان المريض بذلك تثبيتا قويا فيكون وضع المريض حينئذ قريبا الى الافقية ولا يحتاج الا لوسادة تحت رأسه وكتفيه ويقف مساعد خلف المريض يمنع حركات الجزء الاعلى من وسطه ومساعد اخر على يساره يثبت بيده اليمنى صفيحة القاثاطير ويرفع باليسرى الصفن ومساعد اخر يناول الآلات للجراح ويأخذ منه ما تم غرضه منها * والجهاز قاثاطير قنوى قناته عريضة

الجهاز

وملساجدا ومشرط ذوزر واخيطة مشمعة وماء واوانى ودبابيس وحقنة تنتهى ماسورتها برشاشة ويجهز ايضا الربنج والمشرط المخفى لافرا كوزمو ان كان يحتاج اليه والجفوت المختلفة الحجم والشكل كالمستقيم والمنحنى لتخرج بها الحصاة وكذا الملعقة فهذه هى الاشياء التى ينبغى تجهيزها قبل العملية اما القاثاطير فهو قضيب من حديد يشبه المجس فى التقوس وفى محدبه قناة مثلثة مبدؤها من تحدبه وتنتهى فى اخره بجحر صغير وله صيوان مبطط يخدم بمنزلة يد له واما الربنج فهو قضيب من حديد محفور الوسط يشبه الميزاب عرضه من جهة اليد اكثر منه من جهة الطرف واليد منه مبططة منحنية على زاوية منفرجة وطرفه يشبه اللسان ينفع لتوصيل هذه الالة الى باطن المثانة داخلا فى قناة القاثاطير واما المشرط المخفى لافرا كوزمو فسيأتى توضيحه واما الجفوت

فيكون باطن اطرافها مجوفا فيه خشونة لئلا تنزلق الحصاة منها عند مسكها وتتباعد هذه الاطراف عند انطباقها لئلا تمسك الغشاء المخاطى المثانى وأما الملعقة فتخدم ايضا بمنزلة موصل وهى مركبة من ساق من حديد ينتهى احد طرفيه بزر والاخر بملعقة ويعلو هذا الساق صنم يمتد فى جميع طوله ينفع لتوصيل الجفت فى المثانة داخلا فى المسافة الكائنة بين كلابى الجفت * والكيفية التى تستعمل لاتمام عملية القطع المثانى بالقاعدة الجنبية تكون فى زمانين الزمن الاول تشق فيه الاجزاء الرخوة الظاهرة ويفتح مجرى البول والزمن الثانى يشق فيه اخر الجزء الغشائى لهذا المجرى وعنق المثانة والبروستتا والزمن الاول لا يختلف فى جميع الكيفيات بل هو واحد فى جميعها واما الزمن الثانى فهو الذى اشغل فى القرون الاخيرة اذهان الجراحين المخترعين * ففى الزمن الاول بعد وضع المريض والمساعدين كما ذكرنا وتحقق وجود الحصاة يقف الجراح امام عجان المريض ويدخل القاثاطير فى المثانة ويميل صفيحته نحو الاربية اليمنى مع اعتداله اعتدالا تاما على سمت الجسم ويمسكه للمساعد بدون ان يتغير عن هذا الوضع ثم يرفع المساعد الصفن والجراح يمدد جلد العجان بالاصابع الثلاثة الاولى من يده اليسرى ويميل راحة اليد الى اعلى ثم يمسك المشرط باليد اليمنى كقلم الكتابة ويشق الجلد شقا ممتدا من امام الشرج بقيراط الى المسافة التى فيما بين الشرج والحدبة الوركية اليسرى ثم يشق النسيج الخلوى شقا على اتجاه الاول ويدخل سبابة يده اليسرى فى زاوية الجرح العليا بحيث يكون جانبها المرفقى مائلا الى اعلى ويضع ظفرها فى قناة القاثاطير ويحس بذلك من خلف جدران مجرى البول بسهولة ثم يهدى سن المشرط على الظفر حتى يصل للقناة فينزلق به الى اسفل نحو ثلاث قمحات او اربع حتى يشق بذلك الجزء الغشائى لمجرى البول والى هنا انتهى الزمن الاول من العملية غير ان السبابة تبقى فى الجرح وظفرها لا يفارق قناة القاثاطير * وفى الزمن الثانى اما ان تستعمل القاطعة المثانية لافرا كوزه و وقد استعملت من جراحين كثيرين وهى آلة مركبة من يد وساق فارغ كقراب فيه تسطيح وتقوس قليل وينحصر فيه نصل قاطع يبرز منه بواسطة غماز

كيفية العملية

الزمن الاول

الزمن الثانى

أما ان يستعمل فيه القاطعة المثانية

اورافعة ينكئ عليها ويكون قدر الشق به بحسب الارادة فيوجه الغماز نحو
سطح من الاسطحة المتعددة فى اليد بقدر خمسة خطوط اوسبعة اوتسعة اواحد
عشر اوخمسة عشر واستعمالها يكون بمسكها باليد اليمنى وانزلاق اللسان الذى
ينتهى به غمدها على سبابة اليسرى حتى يصل الى قناة القاثاطير ويدرك وصوله
بالملامسة المعدنية التى تحصل بين الآلتين فحينئذ يرفع الجراح القاثاطير آتيا
بها نحو القوس العانى ويأتى بيدها الى الامام فتنزلق القاطعة المثانية على طول
قناة القاثاطير فى المثانة وخروج البول يعلن بنفوذ الالة فيها ثم يخرجها على
حسب اتجاه الشق الظاهر * واما ان يستعمل بدل القاطعة المثانية مشرط طويل
محدب ينفذ فى قناة القاثاطير على السبابة بدون ان تفارقه ثم يمسك الجراح باليد
اليسرى صفيحة القاثاطير ويرفعه آتيا بالقاثاطير الى الامام كما ذكرنا وينفذ المشرط
فى المثانة على طول قناة القاثاطير الى الحاجز المنتهية به كما ذكرنا فى القاطعة
المثانية فيشق عنق المثانة والبروستتا ويوسع الفتحة باخراج الالة على حسب
اتجاه الجرح الظاهر * ويمكن اتمام الزمنين المتقدم شرحهما فى زمن واحد
وذلك بان يدخل الجراح القاثاطير ويرفع المساعد الصفن ويعد الجان ويمسك
الجراح يد القاثاطير ويميلها الى الخلف واليمين قليلا ويثبتها على هذا الوضع
ويعرف باليد اليمنى محل القاثاطير ويحز بظفره على المحل الذى يريد ادخال السكين
فيه ثم يأخذ سكينا بترا صغيرة ويدخل سنها فى قناة القاثاطير ويزلقه على طول
القناة الى باطن المثانة آتيا بتقعير القاثاطير نحو العانة مميلا بيدها الى الامام
وخروج البول يدل على النفوذ فى المثانة فحينئذ يخرج القاثاطير ويخفض اليد
الماسكة للسكين ثم يخرجها على حسب كون العملية بالمشرط اوبالقاطعة
المثانية المخفية والفرق بين العملية فى الزمنين والعملية فى الزمن الواحد ان
الدخول فى المثانة فى الثانية يكون بالشق الاول واستعمال هذه الكيفية
يستدعى تذكر الجراح للوضع التشريحى للاجزاء التى ينبغى تجنبها وان تكون
اليد ممارسة لهذه العملية كثيرا *

واما الرابعة المشهورة بالجهاز الجانبى فقد اخترعها طبيب فرنساوى يسمى فوبيرت

اويستعمل فيه المشرط

كيفية العملية فى زمن واحد

وسمى جانبيا لان الشق يكون فى جانب المثانة وهو ان يشق الجراح فى العجان وفى المثانة شقا موازيا للشعبة الصاعدة للورك الشعبة النازلة للعانة بدون ان يصيب عنق المثانة وهذه العملية تستدعى ان تكون المثانة متمددة من البول او من حقنها بماء يحبس فيها بربط القضيب وتستعمل هذه القاعدة بكيفيتين الاولى كيفية فوبيرت المخترع لهذه القاعدة وكان يستعمل فيها الة بازلة طولها خمسة قراريط وغلظها مناسب وفى اعلى الجهة الظاهرة من انبوبتها قناة فكان يدخل هذه البازلة من قرب الحدبة الوركية اليسرى نافذا بها فى باطن المثانة وزوال المقاومة التى كانت حاصلة حين ادخالها وخروج بعض قطرات بولية يدلان على نفوذ البازلة فى المثانة ومن حيث ان قناة الالة تكون فى الجهة العليا كان يزلق عليها سكينا طويلا دقيقا ويشق بها شقا بقدر الحاجة والثانية كيفية المعلم توماس ~~وقد~~ كان يستعمل بدل البازلة القاطعة المثانية لافرا كوزموا ومن حيث ان طرف غمدها حاد كان يدخل هذه الالة فى المثانة فى الجانب الايسر من العجان قرب قوس العانة ثم يشق المثانة وباقى الاجزاء موجها نصل الالة الى الاسفل،

واما الخامسة المعروفة بالجهاز العانى فقد اخترعها جراح يسمى افرانكو فكان يدخل اصبعيه فى المستقيم ويدفع بهما الحصاة الى اعلى العانة وبقى يستعملها مدة طويلة من غير ان يقتدى به احد ثم تركت واندرست حتى احياها افرير كوم واتقن كيفيتها وكيفية افرير كوم المذكور تحتاج لان يجهز لها قاثاطير ومشرط مستقيم واخر ذو زر ومجس قنوى وانبوبة وقاثاطير ذو سهم وهو مجس مثقوب من منقاره ينحصر فيه سيخ طرفه حاد وفيه قناة من جهة تقعر ويوضع المريض بكون مستلقيا على ظهره وفخذاه مثنيان قليلا على الحوض وتحلق عانته والجراح يدخل القاثاطير ويشق من العجان نحو قيراط شقا منحرفا كما فى القاعدة الجنبية ينتهى فى الجهة اليسرى من الشرج ثم يفتح من مجرى البول قدر المسافة المذكورة وقبل ان يخرج القاثاطير يدخل على قناته المجس القنوى المستقيم الذى يكون مهديا للمجس ذى السيخ الذى ينفذ فى المثانة هذا هو الزمن الاول ثم بعد نفوذه يحل المريض ويستلقى على ظهره ورأسه وصدره وفخذاه مثنية ومتقاربة الى البطن ويشق

الجراح جلد الخثلة شقة سراويا بالخط الابيض طوله ثلاثة قراريط وينتهى من الاسفل بارتفاق العانة وهذا الشق يكون فى الجلد فقط كما علمت ثم يشق شقا ثانيا غائرا يكون فى اللفافة الظاهرة وجمع العضلات الاهرامية المسماة بالعانية اسفل السرة ويوسع الجرح حتى يصير قدر شق الجلد ثم يدخل سبابة اليسرى فى جرح البطن السفلى ويمسك باليمنى صيوان القاثاطير ذى السيخ ويوجه منقاره من اسفل الى اعلى من العانة الى التصاق البريتون بالمثانة ويتجه بالالة نحو الجرح فيرفع طرفها جدران المثانة ويتكون من ذلك صورة حلمة يمسكها الجراح بالابهام والسبابة من اليد اليسرى ويدفع المساعد عقب السيخ المنغرز فى المجس فيخرج السهم بين اصبعى الجراح فيمسكه وصيوان المجس يكون بيد مساعد والى هذا ينتهى الزمن الثانى ثم يأخذ المشرط ذى الزر ويزلقه على قناة السهم ويوسع به جرح المثانة من اعلى الى اسفل ويشق السطح المقدم للمثانة بالطول على قدر الامكان ثم يحنى سبابة اليد اليسرى ككلاب ويدخلها فى زاوية الجرح العليا ليحفظ بها الطوء المثانى ثم يأمر المساعد بان يرجع السهم فى المجس ويخرج هذه الالة ويفتش على الحصاة ويخرجها واما الانبوبة فمنفعتها انها توضع مستمرة فى جرح العجان لتسهيل خروج البول والجراحون المستجدون جعلوا فى كيفية افر بركوم بعض تنوعات الاهم منها ابطال شق العجان الذى كان غايته تسهيل خروج البول منه ومنع خروجه من الجرح الخثلى وارتشاحه فى النسيج الخلوى ففى يومنا هذا ابدل هذا الشق بوضع قاثاطير من صمغ لدن فى مجرى البول والاجود من ذلك كله ان ينفذ فى المثانة من الجرح شريط من خرقة منسول من الجانبين فيمتص المبول بواسطة مسامه ويوصله الى الخارج وبعد وضع الشريط توضع رفادة غربالية فوق الجرح ومن فوقها نسالة ثم يغطى جميع ذلك برفادة اعتيادية واذا عملت العملية على موجب هذه التنوعات فلتمدد المثانة بالبول او بالحقن بماء فاتر

واما السادسة المعروفة بقاعدة وكافهى ان المعلم المذكور وهو معلم بمدرسة بيرا اخترع قاعدة جديدة لاخراج الحصاة من المثانة وهى ان يشق الجراح فى وسط العجان

على العضرط قيراطا او قيراطا ونصف من تحت الصفن الى حافة الشرج وذلك الشق يكون بمجرى البول وعنق المثانة والبروستتا) والالات اللازمة لاتمام هذه القاعدة

الجهاز

الجديدة مشرط اعتيادى مستقيم وسكين صغير مخصوص مستقيم الحد ضيقه وسنه ذو زر لسانى طوله قدر جزئين من قيراط يكفى لان ينزلق بسهولة فى قناة القاثاطير وقاثاطير اعتيادى وجفوت وملاعق وغير ذلك) والمريض بعد حقنه المعتاد وربطه

وضع المريض

المعروف يمسكه المساعدون ويدخل الجراح القاثاطير ويمسكه لمساعد كما فى القواعد الاخر ثم يقف امام المريض ويمسك باليد اليمنى المشرط المستقيم كما يمسك فى الشق من الخارج الى الداخل ويمدد باليد اليسرى جلد العجان بقرب حافة الشرج واضعا الابهام على اليمين والسبابة على اليسار ومتحرزا مع ذلك من رفع الصفن جدا

كيفية العملية

* وبعد تهيئة ذلك يشق بالمشرط شقا مستطيلا مبتدأ به من جانب الشرج باحكام ما رايه على العضرط الى قرب الصفن وامتداده من قيراط الى قيراط ونصف والشق المذكور يكون للجلد والزاوية المقدمة من العضلة العاصرة الظاهرة للشرج والعضلة البصلية المجوفة وبصلة مجرى البول هذا هو الزمن الاول ثم ينفذ فى الجرح سبابة اليسرى ليلاقى بظفرها قناة القاثاطير خلف جدران مجرى البول نحو الزاوية المقدمة للشق وعند ملاقاتها يهدى على ظفرها المشرط الممسوك باليد اليمنى كقلم الكتابة فاذا وصل الى القناة شق به جدران مجرى البول بقدر مسافة الشق الظاهر من غير زيادة وهذا هو الزمن الثانى ثم يضع من يده المشرط المستقيم ويتناول السكين الصغير ماسكا له كالمشرط الذى تركه ويدخل لسانه فى قناة القاثاطير نحو الزاوية الخلفية لجرح مجرى البول وعند ذلك يمسك بيده اليسرى القاثاطير الذى كان بيد المساعد ويرفعه الى اعلى ويثبته على ارتفاق العانة ماسكا له مسكا عموديا مميلا صفيحته برفق جهة نفسه ثم يدفع السكين من اسفل الى اعلى منحرفا يسيرا بحيث لا يبعد عن هيئة الخط الافقى الا قليلا تابعا اتجاه قناة القاثاطير حتى ينفذ منها فى المثانة نحو قيراط بدون ان يتغير القاثاطير عن وضعه المذكور ثم يرفع يد السكين بحيث يقرب بها نحو الصفن فبواسطة هذه الحركة يرتكز ظهر السكين فى محل من قناة القاثاطير

ويبعد سنها الذى فى المثانة عن هذه القناة وينفذ الجزء القاطع منها فى عنق المثانة
ثم فى البروستتا ثم يخرج السكين على هذه الهيئة فيتم الشق بذلك ثم يرجع مسك
القاثاطير الى المساعد وينفذ سبابة اليسرى فى الجرح مهدية بالقاثاطير حتى
تنفذ فى المثانة فيخرج القاثاطير ويتحقق بالاصبع سعة شق عنق المثانة والبروستتا
ثم يدخل الجفت فى المثانة بموجب الطرق السابقة ويستأصل الحصاة فان لم يجد
الشق كافيا ادخل السكين ذات الزرا للسانى على اصبعه فى الجرح ووسعه بقدر
الحاجة والاولى ان يكون اخراج الحصاة دائما من بين الحدبات لا من بين شعبتى
الورك واذا كان هناك بعض موانع فينبغى ان يكون سطحا الجفت المحدبان حال
خروجه يليان زاويتى الجرح لا جانبيه فلا يحصل حينئذ للسطح الباطنى لمجرى
البول ولا للسطح الظاهر للمستقيم مشقة من خشونة الحصاة عند خروجها
واما السابعة وهى القاعدة الجانبية المستعرضة او المزدوجة فقد اخترعها منذ
سبع سنين جراح فرنساوى يسمى شوسيه وكثير من الجراحين عمل القطع المثانى
بهذه القاعدة ومنهم المعلم الشهير دوبيترن والالات اللازمة لها قاثاطير ومشرط
وقاطعة مثانية مزدوجة القطع لا تختلف عن آلة افر يركوم الا فى كونها ذات
نصلين منحنيين يختفى حد كل منهما فى الظهر المنحنى للاخر وتشبه المقص المعتاد
لكنها تقطع بحافتيها الوحشيتان بعكس المقص وكيفية العملية ان يوضع
المريض الوضع المعتاد ثم يدخل الجراح القاثاطير ويسلمه لمساعد ويمسكه
مسكا عاموديا ويشق الجراح بالمشرط الاجزاء الظاهرة شقا مبتدئا به من اليمين
فيما بين الشرج والورك ومنتهيا به فى هذا المحل نفسه من جهة اليسار وما رابه امام
الشرج بخمسة خطوط اوستة ثم يشق شقا ثانيا بالمشرط على اتجاه الاول يقطع به
الاجزاء الغائرة ثم يضع سبابة اليسرى فى الجرح ويستقصى بها على قناة القاثاطير
ومجرى البول ويهدى عليها المشرط الذى يشق به طول الجدار السفلى للجزء الغشائى
من قناة مجرى البول بقدر نصف قيراط ثم يمسك القاطعة المثانية المزدوجة بيده
اليمنى بحيث يكون تقعيرها الاعلى ويضع لسانها فى قناة القاثاطير هذا هو الزمن
الاول من العملية والزمن الثانى ان يمسك صيوان القاثاطير باليد اليسرى

وينكسيها تدريجيا فتنزلق بهذه الحركة القاطعة المثانية حتى تصل الى باطن المثانة ثم يخرج القاثاطير ويقلب القاطعة المثانية ليصير تقعيرها الذى كان لاعلى الى اسفل ويكون الحد القاطع منها حينئذ مائلا للاسفل ثم يتحامل بيده على يدى الالة ويخرجها منكسا اليه فينشق بذلك عنق المثانة وجزء من قناة مجرى البول والبروستتا والاجزاء المجاورة لذلك شقا مستعرضا منحنيا على اتجاه الخط الظاهر

واما الثامنة وهى القاعدة المستقيمية المثانية فهى جديدة لان العملية كانت جارية على القواعد السابقة حتى ظهر جراح فرنساوى يسمى صانصون ظهر له منذ سنتين ان ينفذ للمثانة من المستقيم واسس هذه العملية على المجاورة الكائنة بين هذين العضوين ولاتمام هذه القاعدة كيفيتان الاولى يصل فيها الى باطن المثانة من عنقها والثانية يصل اليه من قعرها من غير ان يصيب العنق وفى كل يجهز قاثاطيرا اعتياديا ذى قنوى ومشرط مستقيم وجفوت وقد يستعمل المشرط ذو الزر ولاتمام الكيفية الاولى يوضع المريض كوضعه فى بقية القواعد والمساعد يمسك القاثاطير ممسكا عموديا بحيث تكون قناته غير مائلة لا يمينا ولا يسارا والجراح يدخل سبابة اليسرى فى المستقيم ويهدى على وجهها الكفى نصل مشرط مستقيم ويلتفت بحده الى اعلى ويشق فى مرة واحدة من الخلف الى الامام على حسب اتجاه العجان فهذا هو الشق الاول ويشتمل الجدار المقدم للمستقيم والنسيج الخلوى والعضلة العاصرة وقدره فى المستقيم قيراط وفى العجان مثله فينكشف بذلك السطح السفلى للبروستتا ويميز بالاصبع بسهولة خلف الحاجز القليل السمك السادين المستقيم وقعر المثانة المتراكبين فوق القاثاطير الممسوك للمساعد على الوضع السابق ثم يستقصى على قناة القاثاطير بظفر السبابة اليسرى خلف جدران مجرى البول بعدان يقلبها جاعلا جانبها المرفقى الى اعلى وبعد ملاقاتها يمسك المشرط بيده اليمنى ويهديه على الظفر ملتفتا بحده الى اسفل وبظهره الى اعلى ويشق به جدار مجرى البول ويدخل سنه فى قناة القاثاطير ويدفعه الى الامام حتى يدخل فى المثانة شاقا بذلك عنقها والبروستتا

ويكون

ويكون اتساع الشق بحسب ما فى ذهنه من شكل الحصاة وجرمها وإذا كان هذا الشق الثانى غير كاف امكن توسيعه بواسطة المشرط ذى الزر والجراح يدخل سن المشرط خلف البروستتا ويوجهه ثانيا من الخلف الى الامام فيشق البروستتا ومجرى البول وعنق المثانة ويمكن اتمام الشق الثانى بان يبتدئ به من الامام الى الخلف فى الجزء الغشائى لمجرى البول فبذلك يكون الشق المستقيم اسفل الزاوية العليا للشق عنق المثانة بقيراط فيتكون من جدران المستقيم صمام يمنع دخول المواد البرازية فى المثانة ❋ ولاتمام الكيفية الثانية يوضع

الكيفية الثانية

المريض كوضعه فى الكيفية الاولى ثم يدخل الجراح القاثاطير فى المثانة ويثبته فيها تثبيتا مستقيما ويشق حافة الجرح المقدمة كما فى الكيفية الاولى الا انه لا يصيب البصلة ويوجه سبابة يده اليسرى خلف الزاوية الخلفية للجرح فيحس بآخر البروستتا ومبدا قعر المثانة فحينئذ يستقصى بها هنالك عن القاثاطير فاذا وجده وضع ظفرها فى قناته ثم يضع سن المشرط فيها شاخصا بحده الى المستقيم اعنى الى اعلى ويغوص حينئذ بالآلة فيشق الغشائين المستقيمى والمثانى بقدر قيراط وهذه الكيفية تختلف عن السابقة بكون شق المستقيم فيها اكبر ويكون الشق بدل ان يكون فى عنق المثانة والبروستتا يكون فى قعرها الا انه مع ذلك كثيرا ما يدخل فى الجهة المقدمة من الشق الجزء الخلفى من البروستتا ومنفعة هذه الكيفية الثانية تعظم عن منفعة الاولى بكون عنق المثانة فيها يبقى سليما ويكون مسلك الحصاة سيما العظيمة يكون فيما بين التباعد الاعظم للحدبتين الوركيتين لكن عيبها انها تعرض منها نواصير بولية اكثر من الاولى لان الجدران المثانية فيها تكون اقل صفاقة منها فى الاولى فانضمامها يكون اعسر

حكومة على جميع القواعد والكيفيات التى ذكرت

اعلم ان جميع الكيفيات التى ذكرت فى عملية الحصاة تنحصر فى ثلاث قواعد بطنية مثانية وعجانية مثانية ومستقيمية مثانية وذلك سهل المعرفة فالاولى وهى القاعدة البطنية المثانية لا يعرض منها نزيف البتة والحصاة الكبيرة الحجم جدا

القاعدة البطنية المثانية

يسهل خروجها بل الآن فيها عيبا وهو ان فتحة المثانة لكونها من اعلى يعسر خروج
البول منها الى الخارج ويسهل انسكابه فى الحوض فيتسبب عن ذلك خراجات
ولدفع هذا العيب اوصى افريركوم على ان يشق فى اول الامر العجان فتكون
المثانة مفتوحة من محلين وبذلك تصير اكثر قبولا للالتهاب لكن قد يضطر لهذه
العملية اذا ظن ان الحصاة كبيرة الحجم جدا وتعمل ايضا عقب عملية عجانية مثانية

القاعدة العجانية المثانية لشيلسو

لم يمكن فيها اخراج الحصاة من ذلك المحل والثانية وهى القاعدة العجانية المثانية فيها
عيب عظيم وهو رض المثانة بسبب عدم امكان قطع الجهات قطعا متساويا وعدم

الجهاز الكبير

امكان اخذ الحصاة بالاصابع وجذبها الى العجان فى اشخاص كثيرة) والجهاز الكبير
منها معرض لنكايات عظيمة هى الكدم والرض والتهاب عنق المثانة والخراجات

القطع الجانبي

والنواصير البولية وسلس البول والعنة * والقطع الجانبي ايضا معرض لعدم
الوصول للمثانة وللارتشاح البولى فلذلك لم يستعمل هذه القاعدة الا اثنان فوبير

القطع المجنب

وتوماس * والقطع المجنب هو الذى استعمل كثيرا ولكن الريزج والقاطعة المثانية
المخفية لافرا كوزموليس فيهما جميع النفع الذى تسبوه لهما فان المشرط يقوم
مقامهما بنجاح ثم ان القطع المجنب معرض للنزيف اما من الشريان المستعرض
للعجان او من شريان البصلة او من الشريان العجانى السطحى او من الشرايين
الباسورية والمثانية الموضوعة من الخلف وضعا غائرا وهذا الجرح نفسه يتكون الى
قناة طولها من قيراطين الى ثلاثة وفى الغالب تكون ضيقة على حجم الحصاة ومهيئة

الجهاز العالى

لرض وتمزق * والجهاز العالى قد يضطر له عندما تكون الحركات العنيفة غير نافعة
لاخراج الحصاة وقاعدة المعلم وكا التى قد تسمى بالمضيرطية العجانية او المتوسطة
العجانية يظهر انها جامعة لجميع الشروط المطلوبة للنفوذ فى المثانة من السبيل
الاقرب والاوسع والاقل اوعية ومشتملة على جميع المنافع التى للقطع المستقيمى
المثانى بدون ان يحصل منها نكاية ناصور او غيره ولكن اذا اصيب المستقيم او كانت
الحصاة عظيمة الحجم جدا وجب تكميل قطع المستقيم فيوسع الشق المثانى الى اسفل
ويشق معه الجدار المقدم للمستقيم والشرج فتصير هذه العملية كالكيفية
الاولى فى القاعدة المستقيمة المثانية وربما كانت هذه العملية كافية عن القطع

الخلفى اذا كانت الحصاة عظيمة الحجم وهذه القاعدة بحسب الظاهر تعلو عن
ما عداها من القواعد الا انها لما كانت جديدة ولم يتكرر استعمالها كثيرا لم
نتجاسر ان نحكم عليها بشئ حكومة حتمية والقاعدة المستعرضة منفعتها
هى اولا ان التوصل الى المثانة يكون من طريق قريب مستقيم سهل وثانيا انه
لا يصاب فيها وعاء مهم وثالثا انه لا يصاب فيها المستقيم ولا القناة الناقلة ورابعا
ان مخرج الحصاة فيها واسع يسهل خروجها منه لكن من حيث انها لم تستعمل
الا قليلا لم يمكن الجزم بتأكد منافعها المذكورة والثالثة وهى القطع المستقيمى
المثانى اقل خطرا ولا يخشى منه نزيف والجرح فيه يحاذى اوسع جهة من المضيق
السفلى للحوض وذلك مما يسهل اخراج الحصاة الكبيرة الحجم وقد يخشى فيه من جرح
القنوات القاذفة للمنى ولكن هذه الافة نفسها تعرض ايضا فى القطع المجنب
ومع ذلك فضررها قليل الاهتمام نعم تذم هذه القاعدة من جهة امكان نفوذ
المواد الثفلية فى المثانة ولكن اذا كان شق المستقيم اقل ارتفاعا من شق المثانة
يكون امام جرح المثانة صمام يمنع نفوذ المواد الثفلية فيها وفى الايام الاول من
العملية يسيل البول من الشرج ثم ينقسم سريعا بينه وبين مجرى البول ثم يتم
الشفاء وبالجملة فقد استعمل القطع المثانى المستقيمى مرات كثيرة فى الاوربا
ولم يعقبه عوارض خطرة غير انه يبقى فى بعض الاشخاص ناصور * وعلى اى حالة
كان شق المثانة فالجراح بعد اتمامه يدخل سبابة يده اليسرى فى الجرح ليعرف
اتساع الجرح واتجاهه ومقدار الحصاة ووضعها ثم يهدى الجفت على الاصبع
المذكور وتكون حلقتا يديه متقاربتين فى كف اليد اليمنى فان كان بعد القطع
المجنب وضع الاصبع الذى هو كموصل فى زاوية الجرح الخلفية ليمنع دخول الجفت
فيما بين المثانة والمستقيم وكذا فى القاعدة المتوسطة الجانبية وفى الاشخاص
السمان جدا يتعسر وصول الاصبع الى باطن المثانة وكذا اذا كان جرح صغير
لا يمكن ادخال الجفت والاصبع معا ففى ذلك يستعمل بدل الاصبع الموصل
المذكور انفا لكونه ارفع من الاصبع واطول منه لكن ينزلق اولا على الاصبع
المذكور فاذا دخل الجفت فى المثانة استقصى به منطبقا على محل الجسم الغريب

القاعدة المستقيمية المثانية

المهلة فى مسلك الحصاة واخراجها

ثم يفتحه وعند معرفته يسهل مسكه فيمسك كل حلقة من الجفت بيد ويفصلهما عن بعضهما ويدير احدى الملعقتين الى اعلى والثانية الى اسفل ويعرف كونهما ملتا الملعقتين بعدم تقاربهما وكون مسكها جيدا بتباعد شعبتى الجفت عن بعضهما تباعدا متوسطا ويحس صلابة المسك فحينئذ يسحب الجسم الغريب نحو فتحة الجرح وينبغى فى اخراج الحصاة فى القطع البطنى المثانى ان تكون كل ملعقة من ملعقتى الجفت على جانب من جانبى الجرح وفى القطع الجنب والقطع العضرطى تكون احداهما الى اعلى وثانيتهما الى اسفل حتى لا يحصل من خشونة الحصاة عند اخراجها نكاية لا لمجرى البول ولا للمستقيم وفى القطع المستقيمى المثانى تكون احداهما على اليمين والاخرى على اليسار وفى حال الاخراج عموما يضم الحلقتين فى الكف الايمن ويمسك الفردتين عند ذلك باليد اليسرى قرب الجرح لزيادة حفظ المسك والمساعدة فى اخراجها وبالجملة فطريقة اخراجها تكون بتأن وبرفع الجفت وتنكيسه على التعاقب وبامالته يمينا ويسارا على التعاقب ايضا متحرزا بذلك عن الجذب العنيف فهذه هى الشروط التى ينبغى التمسك بها * واذا كانت الحصاة متشبثة بقعر المثانة ولم يمكن مسكها بالجفت المستقيم وجب ابداله بجفت منحن اوادخال الاصبعين فى المستقيم ورفعها بهما واذا كانت ممسوكة مسكا غير جيد بان كانت ممسوكة من قطرها الاكبر ترك ذلك المسك لتمسك ثانيا مسكا جيدا فيحرك الحصاة بالاصبع او بالزر حتى تصير على هيئة يحسن مسكها واذا كانت كبيرة جدا ولم ينفع الاجتهاد فى اخراجها فتت وكانوا يستعملون فى تفتيتها جفوتا طويلة متينة فى احدى ملعقتيها ثلاثة اسنان وفى الاخرى سنان تندرز فى بعضها عند الانطباق وفيها بريمة عند مجمع الفردتين لاجل ان تمسك الحصاة مسكا جيدا ثم يتحامل عليها حتى تتفتت فان لم يمكن تفتيتها فعل القطع البطنى لكن رأى بعض الجراحين انه اذا كانت عملت القاعدة المجنبية بالفعل فشق زاوية الجرح السفلى الى الشرج اولى من فتح جرح ثان فى البطن واذا كانت ملتصقة التصاقا ضعيفا امكن فصلها من جدران المثانة باحتراس او التصاقا قويا وجب تحريكها كل يوم

معالجة التعسرات اذا كانت الحصاة فى قعر المثانة او ممسوكة مسكا غير جيد او كبيرة جدا او ملتصقة او متكيسة

وتوجيه بعض الحقن عليها ثم تستخرج واذا كانت منكيسة اعنى منحصرة فى كيس يكون عولة على الغشاء المخاطى للمثانة فينبغى فصله اوشق حافة فتحة ذلك الكيس الغير الطبيعى بشرط ذى زروالاجود توسيعه وتمديده اذا امكن لئلا يخاطر بشق سمك جدران المثانة * وبعد خروج الحصاة وتحقق عدم وجود غيرها فى المثانة بالاصبع تحل اربطة المريض ويوضع على فراشه واذا انكسرت الحصاة اخرجت القطع الكبار بالجفت واخرجت الصغار بالحقن بالماء الفاتر بحقنة ذات ماسورة رشاشة بان يكون فى طرفها جملة ثقوب والذى يستدعى المعالجة التابعية هو القطع الخثلى فقط فتوضع ماسورة فى جرح العجان اى فى قاعدة افرا كوزموويدخل فى المثانة شريط من خرقة منسول الجانبين يخرج طرفه من البطن ليكون كميزاب يخرج منه البول الى الخارج اذا لم يخرج من الماسورة ويعالج الجرح معالجة سطحية وبعد يومين اوثلاثة من العملية تبدل الماسورة التى فى العجان بماسورة من صمغ لدن توضع فى مجرى البول ويزال الشريط ليزول عايق الجرح عن الالتحام والقاعدة العجانية المثانية وكذا المستقيمية المثانية لا يستدعيان شيأ غير راحة المريض وتقارب فخذيه لبعضهما وانثنائهما قليلا بواسطة وسادة توضع اسفل مابض الركبة وقد يتفق فى القواعد العجانيــة ان التجمدات الدموية الحاصلة فيما بين حوافى الجرح تمنع خروج البول منــه فحينئذ توضع ماسورة غليظة فى الجرح ليسهل بها خروج البول ويزول الالم الحاصل من الاحتباس المذكور * والنزيف عقب عملية القطع الجنب يستدعى همة الجراح ونباهته * فان كان حاصلا من انفتاح وعاء غير غائر ربط فان احتيج فى التمكن من الربط لتوسيع الجرح الظاهر وسع لزيادة امكان تداركـ مثل ذلك) وان كان آتيا من اقصى الجرح وشوهد المحل الخارج منه ولم يمكن ربطه كويت فوهة الوعاء بميل محمى فى النار وان كان النزيف حاصلا على سبيل السريان اى النضح ولم تعلم فوهات الاوعية المفتوحة فينبغى فى ذلك عملية السد * وهى ان تؤخذ ماسورة من فضة طولها من اربعة قراريط الى خمسة تنحصر فى كيس من خرقة وتخرج بقدر نصف قيراط من ثقب فى قعر الخرقة ويربط ذلك الكيس فى حز الحوية الكائنة فى اسفل الماسورة

معالجة تابعة

ما يمنع النزيف عقب القطع الجنب
الربط
والكى

والسد بكيفية دبويترن

ثم تدخل الماسورة والكيس المحيط بها فى جرح المثانة ويحشى ما بين جدران الكيس والماسورة بنسالة كثيرة حتى تنضغط بقوة جدران الجرح وتربط الحلقة العليا للكيس على النسالة فتثبته ويندر ان يكون هذا السد غير ناجح ومع ذلك فان لم يزل النزيف منصبا فى المثانة ويعرف ذلك بخروج الدم من الماسورة وبانتفاخ البطن السفلى وباصفرار المريض وتألمه وجب ازالة هذا الجهاز واستفراغ ما فى المثانة بالحقن ثم يرد الجهاز ثانيا باتقن مما كان

الكلام على القطع المثانى للنسا

لما كان مجرى البول فى النساء قصيرا ومتسعا كان وجود الحصاة فيهن اقل منه فى الرجال ولاخراجها منهن طريقتان التوسيع والشق * فالتوسيع لمجرى البول فى النساء رأى بعض الجراحين انه سهل ومأمون فى اخراج هذه الاجسام الغريبة ويكون بطيئا اذا كان بوضع اجسام اسفنجية فى مجرى البول وسريعا اذا كان بالالات الموسعة لكن كل منهما موءلم ويعقبه فى الغالب سلس البول فلذا ترك بالكلية الا اذا كانت الحصاة صغيرة جدا * وشق مجرى البول والمثانة اقل نكاية ويكون كما فى الرجال على ثلاث قواعد شق العجان او البطن السفلى او المهبل * فشق المثانة من العجان يمكن ان يحصل بدون اصابة مجرى البول او باصابته لا مرار الالات منه فتنشأ من ذلك عمليتان اولاهما تسمى جنبية وثانيتهما تسمى مجرية فالجنبية تكون كما فى قاعدة شيلسو فى الرجال بدفع الحصاة نحو العجان بالسبابة والوسطى من اليد اليسرى بعد ادخالهما فى الشرج اذا كن ابكارا وفى المهبل اذا كن ثيبات ثم يشق محل بروز هذا الجسم الغريب وقد استعمل هذه العملية جراحون من العرب وتركت الان بالكلية من الجراحين المستجدين والقاعدة المجرية ذكرها بعض الجراحين وهى ان يشق مجرى البول وعنق المثانة على كيفيات مختلفة فبعضهم كان يوجه الشق الى الاسفل والوحشية كما فى القطع المثانى الجنبى وبعضهم كان يشق جانبى المجرى بالعرض اما بشرط بان يشق اولا احد الجانبين ثم يوجه قناة المجس الى الجانب الثانى ويشقه

الاولى التوسيع

الثانية شق مجرى البول والمثانة القاعدة الجانبية

او

او بالقاطعة المثانية لافر ركوم فيشقهما معا في مرة واحدة وهو الاولى وهاتان الكيفيتان تركتا لنكايتهما والمعلم دبوه كان يوجه الشق الى اعلى ولا تمام هذه الكيفية توضع المريضة كما في عملية الرجال ويدخل الجراح في المجرى مجسا قنويا طويلا معتدلا حتى يصل للمثانة مديرا قناته نحو ارتفاق العانة ويشق بنصل مشرط طويل مستقيم جميع طول مجرى البول ومن عنق المثانة قدرا ما يناسب جرم الحصاة والمعلم دبويترن استعمل القاطعة المثانية المخفية لافر ركوم استعمالا بسيطا فكان يدخلها مطبوقة في مجرى البول ثم يفتحها ويوجه حدها الى اعلى ساحبا لها للخارج فيتم الشق * والقاعدة البطنية المثانية وهي الشق اعلى العانة ربما تتم في النساء بدون ان يحتاج الى شق العجان لان مجرى البول فيهن يسهل نفوذ المجس ذي السهم فيه ثم في الماسورة المخرجة للبول فتكون هذه العملية في النساء اسهل منها في الرجال ولذلك فضلها بعض المعلمين عن القاعدة التي ذكرناها واما كيفية العملية فيها فهي ككيفية العملية في الرجال والقاعدة المهبلية المثانية تكون باخراج الحصاة المثانية من المهبل وهذه القاعدة استعملها كثيرون في زمننا هذا وتمت كثيرا بنجاح وبكيفيات مختلفة اسهلها ان توضع المريضة كما في القطع العجاني المثاني ويدخل الجراح في المثانة مجسا قنويا صلبا وفي المهبل ربزجا من خشب مثل الذي يستعمل في ناصور الشرج حتى يرتكز طرف المجس على طرف الربزج خلف الجدران المنضمة للمثانة والمهبل ويخدم طرف المجس في كشف الاجزاء التي يراد شقها ثم ينكس يد الربزج الى اسفل نحو الشرج فتبعد الجدران الخلفية للمهبل وتصونها ثم ينفذ مشرطا مستقيما ذا نصل طويل في قناة المجس ويشق من الامام الى الخلف شقا كافيا لاخراج الحصاة والشق في هذه العملية يكون في عنق المثانة او في قعرها السفلي نظير ما سبق في القطع المستقيمي المثاني واما من خصوص احوال الجرح وكيفية اتمام العملية فلا فرق بين الكيفيتين ولكن قد ظهر بالتجربة ان القاعدة التي يشق فيها مجرى البول وعنق المثانة يعرض منها للمريضة ناصور بولي في المهبل اكثر من القاعدة الاخرى ومنافع القاعدة المهبلية المثانية هي عدم اصابة عنق المثانة وسهولة اخراج الحصاة الكبيرة الحجم

القاعدة البطنية

القاعدة المهبلية

جدا وعدم حصول اعراض خطرة تعقبها فان اغلب الناس الذين عملت لهم هذه العملية حصل لهم الشفاء التام بدون ان يعقبه سلس بول او ناصور بولى والمريضة فى هذه العملية تكابد الما خفيفا وتكون اقل تعرضا للاخطار واقل نكاية من القطع البطنى المثانى ومن شق مجرى البول وعنق المثانة به والمعالجة التابعة هنا لا تختلف عما ذكر فى القطع المثانى للرجال ولتكن غاية همة الجراح بعد عملية القطع فى الذكور والاناث التمسك بما يتدارك او يقاوم به الالتهاب الذى يستعد لقبوله كل من المثانة والنسيج الخلوى للحوض والبريتون وقناة الهضم وفى الاحوال البسيطة التى لم يحصل فيها تعسر ولا نزيف يخرج البول من المجرى فى اليوم الثانى عشر او الرابع عشر ولا ينقطع خروجه من الجرح غالبا الا فى الخامس والعشرين او الثلاثين وقد يحصل الشفاء فى اقل من ذلك بسبب التحام الجرح بدون واسطة وهذا نادر جدا

المعالجة التابعة

الباب السادس

فى آفات البروستتا ومجرى البول وما يخص ذلك من العمليات وهى احدى عشرة آفة

الاول احتباس البول

احتباس البول نتيجة اغلب امراض البروستتا ومجرى البول وينشأ كثيرا من تضايق المجرى وعلاج ذلك يكون بتسهيل سيلان هذا السيال وحينئذ فاحتباس البول ليس مرضا بل هو عرض حاصل من آفات مختلفة ينبغى معرفتها ومقاومتها بما يناسبها

الثانية البول الدموى

البول الدموى هو خروج الدم من مجرى البول منبعثا من المسالك البولية كالكلى والحالبين والمثانة وغير ذلك والذى يسمى بالدم المجرى هو النزيف من مجرى البول والنزيف الاتى من الحشفة يسمى بالدم الحشفى وهذه الداآت المختلفة

ينبغى

ينبغي البحث عن محلها ومقاومتها بما يناسبها وكلها اعراض لا امراض

الثالثة انتفاخ البروستتا

انتفاخ البروستتا قد يحصل من احتقان احدى كرتى جانبيها او كرة وسطها او الكرات الثلاث وفى جميع ذلك ترتفع جدران عنق المثانة ويضيق اصل مجرى البول او ينسد وهذا الداء يظهر غالبا بثقل شديد فى عنق المثانة واشتياق متواتر الى البول وتألم فى وقت خروجه تقل شدته او تكثر لا سيما عقبه واذا ادخل السبابة فى الشرج لا يحس بشئ الا اذا انتفخ هذا العضو جدا وذهب نحو المستقيم وصير خروج المواد الثفلية عسرا ويندر كون انتفاخ البروستتا حاصلا من التهيج الذى يتسبب عنه تضايق مجرى البول ✲ ومعالجة هذا الداء اذا لم يمنع استفراغ المثانة استفراغا كاملا تكون بمقاومته بواسطة ارسال العلق على العجان وبالمكمدات الملينة وبوضع الرجلين فى الماء الحار وبالحمية والمشروبات اللعابية فان استدعى وضع القاثاطير لاستفراغ البول فينبغى غاية الملاطفة وفى ذلك يختار كون القاثاطير من صمغ لدن لانها توافق اعوجاج المجرى بسبب لينها اذا اخرج منها الميل ثم بعد استفراغ البول ينبغى استعمال ما يضاد الالتهاب حتى يشفى العضو وترجع له وظائفه الطبيعية

الرابعة حصاة عنق المثانة والبروستتا ومجرى البول

الحصاة البولية تكون شاغلة لعنق المثانة عندما تدخل فيه وهى صغيرة الحجم ثم تعظم ثم ان منها ما يكون فيما بينه وبين جدران المجرى خلاء يخرج منه البول ومنها ما يكون فى وسطه ثقب يخرج منه ذلك وقد شوهد ان الحصاة مكثت فى عنق المثانة عشرين سنة وثلاثين وكبرت حتى صارت كبيضة الحمامة وقد تكون الحصاة فى نسيج البروستتا فترفع جدران مجرى البول وتقرحه وتذيبه وتنفذ فى المجرى فتضيقه وتسد قطره وقد تكون فى المجرى فقد شوهد ان الحصاة الصغيرة تنجذب من اندفاع البول وتدخل فى المجرى وتقف فيه وتسبب الما وغيره من جميع اعراض احتباس البول وكل من الورم المتكون عن الجسم الغريب ومنع دخول القاثاطير

اواحتكاكه عند مرورها في الحصاة علامات حقيقية يستدل بها على وجود الحصاة في مجرى البول * ومعالجتها ان كانت الحصاة صغيرة ومتحركة وكان دخولها في المجرى جديدا باخراجها بعد الغمز عليها من الخلف الى الامام سلتا او بجفت هنتر واعرضوا مص القضيب ايضا وهذا ربما صح في بعض الاحيان لكن لا ينبغي الاعتماد عليه لضعف كفايته بل يعاون ذلك بالحقن الزيتية ووضع الرجلين في الماء والفصد الموضعي فان لم ينفع جميع ذلك او كانت الحصاة قديمة وكبيرة غير متحركة وجب شق الجهات على الحصاة واخراجها ثم ادخال قاثاطير في المثانة سير يعاوضم الجرح فان كانت الحصاة محاذية للصفن اجتهد في تبعيدها عنه الى الامام او الخلف حتى لا يشق هذا المحل ويمنع الارتشاح البولي الذي لابد من حصوله في النسيج الخلوي اذا انشق

الخامسة وقوف اجسام غريبة في مجرى البول

ينبغي ان يتمسك بهذه الامور اذا وقفت في مجرى البول اجسام غريبة ذات صفات اخرى وليتحيل في مسكها بالجفت بان تثبت اولا بالضغط على المجرى من خلف هذه الاجسام لئلا تندفع في المثانة

السادسة التهاب مجرى البول

الغشاء المخاطي معرض لالتهاب كثير ينشأ عنه خروج سيال وافر اصفر صديدي يصحبه الم شديد خصوصا زمن الانتصاب وهذا الداء يسمى بلينوروجيا اي السيلان المخاطي وهو ليس افرنجيا على الخصوص بل هو غالبا ينشأ عن جماع شخص مصاب بهذا الداء وربما نشأ من احتقان لداع حاد او من استعمال بعض مشروبات كالبوزا وهو يستدعي في دوره الاول وضع العلق على القضيب بطول المجرى ومضادات الالتهاب والابزن والمشروبات الغروية ثم القوابض الخفيفة كمحلول سولفات التوتيا وماء الرصاص ويشفى جيدا اذا كان الالم خفيفا في ابتدائه باستعمال بلسم كوباي وبلسم مكة بان يتناول من ذلك كل يوم من نصف درهم الى درهم او درهمين

السابعة تضايق مجرى البول

تضايق مجرى البول يحصل غالبا من التهاب بطول او بكثر ترддه ويتسبب عنه غلظ الغشاء المخاطي الذي لهذا المجرى في جهة واحدة او في جهات متعددة ويتكون منه بروز مستطيل مختلف الشكل يضيق المجرى ويمنع خروج البول وقد يكون هناك غشاء يسد جزأ من قطر هذا المجرى وقد يتقرح الغشاء المخاطي في بعض الناس تقرحا يقل غوره او يكثر فيحصل التضايق من التحام الجرح

عوارض تحصل من هذا التضايق

* ومتى حصل التضايق من اى سبب كان فالعرض الذي ينشأ عنه هو عسر خروج البول عسرا ظاهرا او دقة وثبه شيأ فشيأ حتى ينتهي بتقطير مع العنف الزائد فحينئذ تهيج المثانة من حيث انها لم يستفرغ منها البول بالكلية وينشأ عن هذا التهيج سلس مخاطي يغير البول ويعكره بمكثه الطويل في المثانة ويحصل للمريض الم شديد لا يطاق ثم تعقبه الحمى وهذه الافة التي كانت بحسب الظاهر خفيفة ويقل الاهتمام بها يعقبها اخطار عظيمة وقد يتسبب عن الحركات العنيفة في بعض الناس عند مدافعة البول صداع مستمر وتهيؤ للسكتة وقد تتمدد اجزاء مجرى البول الكائنة خلف المانع من قوة البول وكثرته تمددا شديدا وتنهتك فينشأ عن ذلك خراجات وقواصير بولية واعراض خطرة والتضايق اذا اخذ في الزيادة او كان ناشئا عن تهيج عارضي حصل في الاجزاء التي هو فيها حبس خروج البول بالكلية

معالجة

* واذا طلب الجراح الى مريض مصاب بتضايق مجرى البول فاول ما ينبغي له فعله ان يعرف محل المانع وحاله معرفة جيدة وذلك يتم بادخال قاثاطير من صمغ لدن متوسط الغلظ في مجرى البول فمتى وقف في محل التضايق عرف منه مقدار غور المانع وبعد الوقوف على ذلك ينبغي له ان يعرف شكل المانع ولاتمام ذلك يستعمل قاثاطير اخرى تسمى استقصائية وتكون مصنوعة على هذه الكيفية

عمل القاثاطير الاستقصائية

* وهي ان تؤخذ قاثاطير من صمغ لدن من نمرة ثمانية او تسعة او عشرة نافذة من الطرفين ويكون مرسوما عليها تقاسيم القدم الفرنساوي وفتحتها المقدمة بقدر نصف الاخرى ويؤخذ خيط من ابريسم غير مفتول يثنى

طاقات حتى تكون منه شرابة ويعقد على المحل الذى يصير رأس الشرابة جملة
عقد ويغمس فى الشمع المذاب ويهندم عليها باستدارة ثم يربط طرف الشرابة
بخيط ويدخل ذلك الخيط من الفتحة الواسعة ويجذب حتى يصل رأس الشرابة
المغموس فى الشمع الى الفتحة الاخرى فيقف هناك وتكون الشرابة خارج فتحة
القاناطير ثم تدهن الشرابة من الشمع الاصفر والدياخليون والزفت والراتنج
اجزاء متساوية حتى يساوى دائرها حجم القاناطير ثم تقطع حتى لا تبقى خارجة
عن طرف القاناطير الا بربع قيراط * واذا وجدت هذه الالة مصنوعة على — كيفية استعمالها
ماذكر فينبغى فى استعمالها ان تدهن بالزيت ويذهب الجراح بطرفها الى قرب
التضايق غامزا عليها برفق قدر دقيقة زمانية ثم يخرجها فيجد الشمع كون رأسا
يبرزله ساق فيه طول ما وحجم ذلك الرأس وهيئة وضعه موافقان سعة وضع
الجهة الضيقة السالكة من المجرى وهيئتها * ولاجل ان يعرف طول التضايق — معرفة التضايق
يستعمل قاناطير رفيع من صمغ لدن طرفه مغطى بطبقة رقيقة من شمع فاذا
ادخل فى فتحة التضايق حصل فيه قناة مستديرة كثرا وقل كل من عرضها وغورها
وذلك يدل على حقيقة طول المانع * وبعد وقوف الجراح على حقيقية المحل — ازالة المانع بامرين
المشغول بالمانع وقدر سعة المحل السالك من المجرى ينبغى له ان يجتهد فى ازالة ذلك
المانع ويستعمل لاتمام ذلك امران الكى والتوسيع بالمراود * اما الكى فقد — الاول الكى
حدث من مدة طويلة واستعمل فى ازمنة متفرقة وكان مهجورا فى الاكثر
للعوارض التى كانت تنشأ عنه بسبب قلة الاشياء التى يحدد بها فعله فى المحل
الضيق فقط والفضل فى ذلك لطبيب فرنساوى يسمى دوكب فى اختراعه آلات
كافية فى تحصيل هذا الغرض فانه اخترع مرسلة الكاوى وهى قاناطير من صمغ
لدن من نمرة سبعة او ثمانية احد طرفيها مكون من قطعة من البلاتنو وهو الذهب
الابيض طولها من عشرة اجزاء من قيراط الى قيراط ووسطها مثقوب وتركب على
القاناطير من الداخل بزبعة وهذا القاناطير يقبل مرودا رفيعا من الصمغ اللدن
عليه ملعقة صغيرة من البلاتنو ايضا طولها من اربعة اجزاء من قيراط الى ستة
وتملا من الحجر الجهنمى وهذه الملعقة يوجد فى قاعدتها حافة تمنع من ان يخرج

من القاثاطير غير الملعقة فان كانت فوهة المحل الضيق ليست فى وسط المجرى ازيل من القاثاطير قطعة البلاتنو التى ذكرناها ووضع بدلها قطعة اخرى يكون فيها بروز جانبى يخدم لتوسيع فتحة القاثاطير ووضعه على احد الجانبين * ولاجل ان يوضع الكاوى فى الملعقة يوخذ فتات الحجر الجهنمى ويوضع فى الملعقة ثم تعرض لحرارة نار لطيفة او فتيلة مصباح حتى يسيل الفتات بدون ان يغلى * وبعد تجهيز ذلك كله تدخل مرسلة الكاوى حتى تقف عند المانع فيدفع المرود الرفيع وتوجه ملعقته الى الجهة الاكثر بروزا من التضايق فتكوى تلك الجهة بحركة المرود حركة رحوية واكثر ما تستقيم العملية نصف دقيقة ثم ترد الملعقة فى القاثاطير ويخرج فان حصل حرقان شديد اثر الكى حقن المحل بحقنة ملينة وفى اليوم الثانى تسقط الخشكريشة التى قد تكونت ولا يعاد الكى ثانيا الا بعد سقوطها ويعلم امامن اخبار المريض او من النظر فى بوله فى اناء واذا سقطت الخشكريشة صارت زرقة البول اغلظ مما كانت وبعد خمسة ايام او ستة من الكى يؤخذ طبع جديد بواسطة المجس الاستقصائى ويعاد الكى ان لم يكن التضايق تلاشى والغالب انه يكفى كيان او ثلاثة لازالة اعظم جزء من البروز المتكون من المانع ثم يتم ارجاع المجرى الى سلوكه الطبيعى بواسطة المراود ذوات البطن والجراحون الى الان يستعملون المراود الاسطوانية التى من الصمغ اللدن فى توسيع ضيق المجرى وعيبها انها تهيج جميع طول المجرى حتى المحال التى لا ينبغى توسيعها * والمعلم دوكب ازال هذا العيب بواسطة المراود ذوات البطن التى تكون من الصمغ اللدن وفى ثلثها المقدم غلظ به تشبه المغزل الافرنجى طوله من قيراط الى قيراط وثلاثة اجزاء من قيراط وباقيها رفيع وقطر هذه المراود من جزئين الى اربعة اجزاء من قيراط وتدهن بزيت ثم تدخل حتى تحاذى الجهة الوسطى من بطونها التضايق ويعاد ادخالها فى كل ثلاثة ايام او اربعة او ستة وبدل ان تستقيم خمس دقايق ربما تستقيم نصف ساعة او ساعة وحسن الصناعة فى عدم توسيع الانسجة بالعنف الزائد لئلا يحدث الم شديد وينبغى فى استعمالها ان يبتدأ باصغر مرود ثم باكبر منه تدريجا حتى يسهل دخول اغلظ مرود من تلك المراود وان لا يكون هناك سيلان مادة منتنة ليدل

وضع الكاوى فى الملعقة

كيفية العملية

استعمال المراود ذوات البطن

حاملة الكاوى للمعلم المنض

ذلك على ان الاجزاء التي كوينت التحمت التحاما صلبا * والعيوب الثقيلة الناتجة من حاملة الكاوى لدوكمب الزمت المعلم المنض معلم مونبليا ان يخترع في هذه الالة تنوعا مهما فصار المجس المنسوب له بهذا التنوع مركبا اولا من انبوبة من البلاتنو غلظها من نمرة سبعة الى ثمانية مفتوحة من طرفيها وثانيا من سيخ من هذا المعدن في احد طرفيه الملعقة الصغيرة التي طولها نصف قيراط ومنتها شا زور صغير زيتونى الشكل يسد القمة السفلى للانبوبة والطرف الثاني من هذا السيخ خارج من الطرف الاخر للانبوبة بسبعة خطوط وفيه بريمة تدور عليها دائرة صغيرة من البلاتنو تمنع خروج السيخ من الانبوبة ويسهل تقريبها وتبعيدها من الانبوبة ليخرج من الطرف الاخر الجزء المراد اخراجه من الملعقة فبذلك يحدد طول الكى بحسب الارادة وثالثا وهو الاخير توجد حلقة متحركة ذات بريمة مطوقة للانبوبة وتجرى على طولها بحسب الارادة ونفعها انها تحدد غور المانع الذى عرف بواسطة المجس الاستقصائى وهذه الالة المخترعة تكون مستقيمة ومقوسة وتستعمل الاولى فيما اذا كان التضايق بعيدا عن تقوس المجرى تحت العانة قريبا من الامام والثانية في عكس ذلك وفي هذه الاخيرة تكون الملعقة متجهة نحو التضايق ومعظم الجراحين لا يستعمل الا الالة المستقيمة في كلتا الحالتين وكيفية العملية بهذه الالة لا تخالف كيفية العمل بالة دوكمب *

حكومة على قاعدة دوكمب

وقاعدة دوكمب لا يمكن استعمالها في جميع الاحوال وان كان التنوع الذى احدثه للمنض فيها جيدا جدا * والكى يكون اجود في التضايق اذا كان بعيدا عن فوهة مجرى البول باربعة قراريط اوستة اكثر مما اذا كان في اجزاء هذا المجرى القريبة الى المثانة وكل من عدم حس جدران مجرى البول وصلابة المانع مما يعين على الكى وكل من وجود الالم الشديد الدائم الذى يزداد من وجود الكى واسترخاء الغشاء المخاطى من الاحوال المضادة للكى المانعة له اما لعدم نفعه فيها الانها ربما زالت بدونه واما لخطره فانه بسبب عوارض خطرة وربما افسد الاجزاء المصابة واما كل من عظم الجزء الضيق من المجرى وكثرة وجود الموانع فلا ينافى استعمال الكى فانه كثيرا ما شوهد زوال موانع عظيمة التمدد

احوال تعين او تضاد استعمال الكى

وتضايق

وتضايق كبير فى شخص واحد

الثانى التوسيع بالمراود

واذا منعت الاحوال المذكورة استعمال الكى فينبغى استعمال المراود وذوات البطن منها مفضلة عن القديمة وينبغى ان يتكرر ادخالها فى كل يوم او يومين او ثلاثة على حسب قبول المريض والتقدم فى الشفاء وينبغى ان يعاون نفعها باستعمال الابزن الكاملة او وضع الرجلين فى الماء والمغليات الملينة فى المجرى وبالحمية الشديدة والمشروبات المرطبة * وتدخيل المراود عملية دقيقة وكثيرا ما تكون عسرة

كيفية تدخيل المراود

وينبغى ان يكون المريض فيها واقفا امام الجراح او مستلقيا والجراح يمسك القضيب باليد اليسرى واضعا الابهام والسبابة على جانبيه والوسطى على الحشفة من الخلف ويقدم باليد اليمنى طرف المرود بعد ان يدهنه بجسم شحمى الى فوهة المجرى ولا ينبغى ان يكون القضيب حينئذ مرفوعا نحو البطن بل ممسوكا ممسكا افقيا ليصير مجرى البول معتدلا بقدر الامكان وغشاؤه المخاطى مشدودا لتزول الثنيات التى فيه ثم يدفع الجراح المرود بارماله فيما بين الاصابع حتى يصل الى التضايق فاذا وقف هناك سهل على الجراح بواسطة المعرفة الحاصلة عنده بمحل المانع ان كان طرف المرود جاوز المانع او وقف امام فتحته وفى هذا الثانى ينبغى اخراج المرود قليلا ثم رده الى التضايق ويكرر ذلك حتى يجد الفتحة واما اذا كان التضايق ابعد من خمسة قراريط ونصف او ستة فينبغى استعمال المراود المجوفة او المنحنية واذا كان فى محل التضايق المشديد ينبغى تكرار الفصد الموضعى على المحل المتألم والحقن الملين فى مجرى البول وجميع ما يضاد الالتهاب مما ذكرسابقا مدا وما على ذلك وليحترز من ادخال المرود حتى تذهب جميع اعراض التهيج الحادث فان اضطر الى وضع الكاويات استعملت معها هذه المعالجة ايضا لانها تسرع بحصول نفع الكى وتبعد الاخطار التى ربما تحصل منه واذا كان مجرى البول ضيقا جدا بحيث لا يخرج منه بول بالكلية اشتدت الاعراض جدا وزاد خطرها فينبغى الاسراع بفتح طريق يخرج منه البول واول ما ينبغى فعله فى ذلك ان يدخل المجس الاستقصائى ليعرف به شكل المانع وكيفية وضعه ومحل الفتحة واذا احتبس البول دفعة واحدة عقب الافراط فى المأكل والمشارب اوغيرهما

معالجة التضايق المانع للبول بالكلية

اوكان مجرى البول متهيجاً متألماً وضع حالا نحو عشرين اوثلاثين علقة على العجان وبعد سقوطها يؤمر بالجلوس الطويل فى الماء الفاتر ليستمر نزول الدم وليبول المريض فيه كما هو الغالب ونفع العلق والجلوس فى الماء ان تستفرغ بهما الاجزاء المحتقنة ويتلاشى التهيج الحاصل فيها وتتمدد بعد انقباضها فان بقى التضايق مستعصياً عن هذه المعالجات اضطر الى القاثاطير والمعلم دوكمب اعرض طريقة اجود من الطريقة المستعملة قبل ذلك التى هى ادخال قاثاطير فى التضايق من غير ان يهتدى اليه بموصل وذلك يستدعى جساطوراً ولا مؤلما * والمعلم دوكمب

استعمال الموصل والمراود الرفيعة

موصل هو قاثاطير من نمرة ستة او سبعة احد طرفيه مثقوب الى نصفه وتارة الى ابعد من ذلك ويدخل فى هذا القاثاطير مرود رفيع يصل طرفه الى فتحة القاثاطير ومنها ينفذ الى فتحة التضايق فان كانت هذه الفتحة على الجانب حسن ان يؤخذ قاثاطير طرفه مثقوب ايضاً من جانبه لاجل نفوذ المرود فى فتحة التضايق وبعد نفوذه يترك ساعة او ساعتين ثم يرفع وبعد يومين او ثلاثة يوضع بدله مرود اغلظ منه وهكذا فيرجع مجرى البول لعادته فى زمن قليل فاذا لم يتيسر دخول المرود الرفيع فى التضايق ابقى منتباً هناك لاملامساً له وبعد بعض ساعات يدفع فى التضايق قليل منه وهكذا حتى يدخل لان الغالب ان دخوله ممكن وهذه الطريقة قد اخترعها دوبيترن * واختار بعض الجراحين بدل هذه القاعدة ادخال

وضع القاثاطير قهرا

القاثاطير القهرى وهو ان يدخل قاثاطير من فضة صغير الحجم مخروطى الطرف باحتراس حتى يصل الى المانع ثم يوجه منقاره الى اعلى او اسفل او الى احد الجانبين على حسب اتجاه فتحة التضايق التى دل عليها القاثاطير الاستقصائى ثم يجتهد فى مجاوزته المانع بالغمز بالرفق ثم يزاد بالغمز تدريجاً ويحرك منقار القاثاطير تحريكاً رحوياً فوق محل التضايق مع كبس خفيف حتى يقهر المانع مع الاحتراس فى فعل ذلك كله ويكون مهتدياً بالمعارف التشريحية المتقنة فان ذلك ربما حصل منه امور ناجحة سريعاً ومعظم الصناعة فى قهر تضايق مجرى البول يكون فى اهتداء الالات اليه بلطف من غير هتك ومن غير تسبب فى تهيج جديد وبالجملة فينبغى ان يتوقى حس الانسجة ويحترز عن جميع الاشياء التى تستدعى قوة

او حركات عنيفة فلذا كان ضرر وضع القاناطير القهرى اكثر من نفعها *

كيفية تثبيت القاناطير المستمرة

واذا احتيج لابقاء القاناطير المستمر فى المثانة زمنا طويلا فلا ينبغى ان تكون من معدن بل من صمغ لدن واخترع لذلك جملة طرق لانتكلم الاعلى الاكثر استعمالا منها وهو خمس طرق الاولى ان يلف على القضيب عصابة عرضها قيراطان وطولها كاف لان يلف عليه ثلاث لفات او اربع ثم يؤخذ حبل مفتول من ست طاقات او ثمان من القطن طوله ذراع ونصف يعقد وسطه على طرف القاناطير قرب فوهة مجرى البول ثم يرد طرفا الحبل على القضيب ويثبتان عليه فوق العصابة خلف الحشفة بعقدة ثم يلف على ذلك المحل باحد الطرفين لفة ونصف وبالثانى نصف لفة ثم يعقد فى الجهة المقابلة للاولى ويرجع بالطرفين على طرف القاناطير ويثبتان هناك بعقدة ثم يرجع بهما على احد جانبى القضيب فى المحل المذكور ويثبتان هناك بعقدة ويلف على ذلك المحل لفة ونصف بالطرف الاطول وبالطرف الاخر نصف لفة ويفعل فى الجانب الثانى للقضيب مثل ذلك فبذلك تصير القاناطير مثبتة من الجهات الاربع ولا ينبغى ان يكون هذا الربط مشدودا جدا لانه يسبب الانتصاب او احتقان القضيب او اختناقه ولا مسترخيا لانه لا يثبت القاناطير وهذا العيب احوج المعلمين لاختراع واسطة اخرى الطريقة الثانية ان يؤخذ حبلان طول كل منهما ذراعان ويثبت وسط كل منهما فى وسط القاناطير بعقدة وطرفان منهما يثبتان فى الجهة المقدمة بلفافة بدن موضوعة على الجذع والاثنان الاخران يمر بهما من الجهة الخلفية على الجانب الانسى للفخذين ويثبتان فى الجهة الخلفية فى اللفافة المذكورة الطريقة الثالثة يكون الحبلان فيها اقصر مما فى السابقة ويثبتان فى القاناطير كالسابقة والاطراف تربط فى حفاظى صفن اى كل طرف من الاربعة يثبت فى طرف من اطراف الحفاظ الخلفية والمقدمة الطريقة الرابعة ان تؤخذ حلقة من خشب او معدن اوسع من حجم القضيب قليلا ويدخل فيها القضيب الى ان تصل الى اصله ويثبت حبيل او اثنان كما ذكرنا فى القاعدة الثانية او الثالثة على طرف القاناطير وكل طرف من الاطراف الاربعة للحبيلان يثبت فى الحلقة على التقابل وباقى كل طرف

يثبت اما في لفافة البدن او في اطراف الحفاظ الصفني الطريقة الخامسة ينبغي لها ان تؤخذ قطعة من صمغ لدن ويفصل منها ست عصايب احدها يكون عرضه سدس قيراط او ربع وطوله كاف لان يحيط بالقضيب بدون ضغط زائد ويخيط طرفاه ببعضهما ليتكون من ذلك حلقة والثانية تكون اقصر جدا من الاولى ويخاط طرفاها ليتكون من ذلك حلقة صغيرة عن الاولى جدا وتكون سعتها اقل من غلظ القاثاطير بقليل والعصائب الاربعة الاخر يكون عرض كل منها لا يزيد عن قيراط وطولها كاف لان يمتد من نصف القضيب الى ان يجاوز الفوهة البولية بنصف قيراط وتخاط هذه العصائب الاربعة من اطرافها في اربع نقط متقابلة في كل من الحلقتين ووضع هذا الرباط يحتاج لان تنفذ الحلقة الصغيرة في طرف القاثاطير اى الظاهر والكبيرة في القضيب وهذا الرباط ينفع لتثبيت القاثاطير تثبيتا جيدا ويوافقه جميع حركات انتصاب القضيب في التمدد والاستطالة وفي تثبيت القاثاطير ينبغي التحرز عن ان لا تكون القاثاطير داخلة جدا في المثانة ولا خارجة جدا عنها لانه ان كان منقارها غير نافذ في باطن المثانة سدت جدران العنق عيون القاثاطير فلا يخرج البول وان كان داخلا جدا تلاقى مع جدران المثانة وزاحمها طريا ثقبها مع طول الزمن فليحترز من ذلك وينبغي ان يكون منقار القاثاطير يجاوز العنق المثانة بقيراط ونصف او قيراطين وينبغي ان يكون القاثاطير مفتوحا او مسدودا على حسب الحاجة فاذا اريد سدها سدت بسدادة من خشب الخفاف او غيره ويفتح في كل اربع ساعات ليستفرغ البول واما اذا كانت المثانة مصابة بشلل او انفلاج فينبغي ان تفتح القاثاطير كثيرا واما في النواصير والهتك والجروح لهذا العضو فينبغي ان تكون مفتوحة دائما والقاثاطير التي من الصمغ اللدن ينبغي ان تغير في كل ثمانية ايام او عشرة لانها يلبس عليها مادة رملية او يتغير جوهرها

الكلام على بضع المثانة

من المعلوم انه يندر ان يستعصي احتباس البول عن جميع المعالجات وقد لا تنفع

الاشياء المضادة للالتهاب ولا القاثاطير فى استفراغ البول ويزيد الخطر وتتمدد المثانة وتنتهى بالانتهاك او بالغنغرينا فيتسبب عن ذلك انصباب قتال فى تجويف البطن وحينئذ فتنبغى عملية البضع للمثانة وتكون اماس الخثلة او من العجان او من المستقيم فالبضع من الخثلة يكون المريض فيه مستلقيا على ظهره وجدران بطنه مسترخية والجراح يمسك باليد اليمنى بازلة كبيرة مقوسة يجعل تقوسها الى اسفل ويعد سبابته على ماسورتها معلما به الجزء الذى يريد ادخاله منها وهو من ثلاثة قراريط الى اربعة ثم ينفذها من فوق العانة بقيراط ونصف على الخط الابيض ثم بعد نفوذها فى المثانة يرفع السهم باليد اليمنى ويثبت ماسورته بالابهام والسبابة والوسطى من اليد اليسرى ويميل المريض على جنبه ميلا مناسبا ليسهل به خروج البول وكلما استفرغ جزء من البول ينقص به حجم المثانة احتيج الى زيادة ادخال الماسورة خشية ان يخرج طرفها منها فيحصل انسكاب فى تجويف البطن وبعد استفراغ البول كله تسد الماسورة بسدادة من الخفاف وينفذ فى حلقتى صيوانها شريطان يلفان على دائرة الحوض لتثبيتها فى المثانة ومن حيث انه بعد سبعة ايام او ثمانية يتكون على طرفها السفلى تحجرات بولية فينبغى ان يخرج وتبدل بقاثاطير من صمغ لدن ينفذ من تجويف الماسورة واعظم ما يعترض به على هذه القاعدة ان الماسورة ربما خرجت من المثانة وذلك يتسبب عنه انسكاب بول فى النسيج المجاور

والبضع من العجان يوضع المريض فيه كما فى عملية الشق ويضع المساعد يده على العانة كابسا بها على المثانة ليدفعها الى اسفل والجراح يقف بين فخذى المريض وينفذ بازلة طويلة تنفيذا افقيا فى احد جانبى العجان بعيدا عن الشرج بقيراط ثم يخرج السهم باليد اليمنى ويمسك الماسورة التى من الفضة باليد اليسرى فتستفرغ المثانة ثم يخرج الماسورة ويبدلها بقاثاطير من صمغ لدن ينفذ من باطن الماسورة كما مر وتثبت بلفافة بدن وهذه القاعدة عسرة جدا وتستدعى الاحتراس الزائد والمعارف المتقنة بهيئة وضع الاعضاء لئلا تصاب الحوصلتان المنويتان او مجرى البول والبروستتا او المستقيم

والبضع من المستقيم يوضع فيها المريض كما في عملية القطع العجاني والمساعد يكبس بيده اليسرى على المثانة ليدفع المثانة الى اسفل ويرفع الصفن بيده اليمنى ويقف الجراح كما ذكرآنفا ويدهن سبابته اليسرى وينفذها في المستقيم ويفتش بها خلف البروستاتا على المسافة الكائنة بين الحوصلتين المنويتين وبعد ان يجدها يثبت طرف اصبعه عليها ويدخل على باطنها بازلة مقوسة طولها من اربعة قراريط الى خمسة جاعلا تقوسها الى اعلى وينفذها في المثانة ثم يخرج الاصبع وبعده السهم ويبقى الماسورة مكانها ماسكا لها باليد اليسرى حتى يستفرغ البول وتبقى مثبتة كما ذكرنا حتى يسلك مجرى البول ويمكن ابدالها بقاثاطير من صمغ لدن ثم يزال ويخرج البول من الجرح والبضع من المستقيم لا تعقبه اعراض التهابية شديدة تقدر ما يعرض من البضع من الخثلة او العجان ولا يعرض منه انسكاب بول في النسيج الخلوي للحوض

الثامنة خراجات بولية

قد يحدث من ادخال القاثاطير باتجاه غير جيد او من اتساع المجرى من خلف المانع بسبب زيادة احتباس البول هتك للمجرى فينسكب البول في النسيج الخلوي للصفن وتحدث الغنغرينا في هذه الاجزاء وتعرف هذه الخراجات من الاحوال التي تقدمتها ومن زرقة لون الجلد وسرعة امتداد الالتهاب وحينئذ فينبغي فتحها سريعا واستفراغ احتقان الانسجة واستمرار وضع القاثاطير اللدنة في المجرى وانتظار ما تفعله الطبيعة من سقوط الخشكريشات ونظافة المحل الصديدي والتحامه واذا كانت الفتحة صغيرة جدا ويخرج منها قدر يسير من البول تكون من ذلك خراجات صغيرة جدا فينبغي ان تبقى فيها قاثاطير كما في العارض السابق ويفتح طريق للبول المنسكب

التاسعة نواصير بولية عجانية

النواصير البولية العجانية تنشأ في اغلب الناس من الموانع المانعة لخروج البول ومن بعض عمليات الحصاة وتستدعي ادخال قاثاطير مستمرة في المثانة ليستفرغ

بها البول بدون عايق من شيء ان يمر على الجدران الناصور يتّفيتند تتقارب هذه
الجدران وتنضم وقد يحصل اندمال يحيط بالفتحات الغير الطبيعية فيمنع التحامها
ففي ذلك يستعمل وضع الملينات ووضع الارجل في الماء والضغط المناسب فهذا
يكفي على الاطلاق في ازالة الناصور وسده فان لم يكف ذلك فقد اوصى بعض
الجراحين بازالة الاجزاء المندملة من حوافي الناصور بالمشرط ثم تضم الحوافي
سريعا بعصابات لزجة وكذا بالخياطة ايضا واما في الناصور الذي معه زوال
جوهر فكان الطبيب الانجليزي كوبر يدمي حوافيه ثم يفصل جزأ من جلد
الصفن ويضعه على جرح مجرى البول فيلتصق عليه ويسد محل زوال الجوهر
الذي كان موجودا واوصى بعضهم ايضا بكي شفتي الناصور لكن هذا في الغالب
لا يعين على الانضمام المطلوب بل يزيد في زوال الجوهر

العاشرة نواصير مثانية مستقيمية

النواصير المثانية المستقيمية ربما حصلت من التهاب وقع في ذات الفاصلة
المستقيمية المثانية او من هتكها او من بضع المثانة من هذا الطريق او من
نتايج بعض عمليات الحصاة وعلى اي حالة فالصناعة انما يطلب منها تحصيل
الالتحام فلذلك اوصوا بكي شفتي الانفصال بالحجر الجهنمي نظرا للقوة فعله وذلك
بواسطة مرتية لها فرجة في جميع طولها اوقاثاطير من صمغ لدن يثبت الكاوي
على جانب من طرفها وقد نجح ذلك في بعض الاوقات ولم ينجح في بعضها واذا لم
تحصل فائدة من وضع الكاوي اول مرة فلا تنبغي اعادته لانه يوسع الناصور
وحينئذ فينبغي الاجتهاد في حفظ الصحة عموما وتدارك الالتهاب المزمن للامعا
او المقعدة فانه غالبا يكون سببا للنواصير وكثيرا ما حصل شفاء هذا المرض
من المعالجة الحافظة لصحة المريض فقط

الحادية عشر خصاة بولية في النسيج الخلوي للعجان او الصفن

قد شوهد ارتشاح البول نقطة فنقطة من النسيج الخلوي للعجان او الصفن وتكونت
من ذلك حصاة واستخرجت بشق الجلد وينبغي في ذلك بعد العملية ان يوضع

المريض قاثاطير من الصمغ اللدن حتى يصير التحام جرح مجرى البول والبلبه صلبا

الباب السابع فى افات القضيب وهى عشر

الاولى امتداد قيد القضيب فقد يتفق ان القيد الضام للقلفة بالحشفة يكون ممتدا جدا فينحنى طرف القضيب الى اسفل عند الانتشار ولا يكون قذف المنى مستقيما وهذه الافة الحاصلة فى التركيب تزال بقطع القيد بالمقص واذا حصل عقب هذه العملية نزيف حبس بكى فتحة الوعاء المنفتح وهذا الداء لا يوجد فى المختونين

الثانية ابيس باذيس فقد يوجد فى الرجال آفة تركيب تسمى ابيس باذيس وهى ان تكون فتحة مجرى البول غير طبيعية فتكون فى الجهة العليا من القضيب وتجاوز قوس العانة بقرب او بعد وهذا التركيب الغير الطبيعى نادر جدا ويمنع التوالد لعدم انزواق المنى فى الرحم ولا علاج له لكن ان كانت الفتحة قريبة للحشفة عولجت بما يأتى فيما بعده

الثالثة ابيوس باذيس فقد يوجد ايضا آفة تركيب تسمى ابيوس باذيس وهى مقابلة لما قبلها فان فتحة مجرى البول فيها تكون فى الجهة السفلى من القضيب وهذه الافة اقل ندرة مما قبلها والمريض فيها تارة يبول من المحل المحاذى للحفرة الزورقية التى هى تقعير فى آخر المجرى قرب الحشفة وتارة من محل يقرب الى اصل القضيب وفى الاولى من هاتين الحالتين يحسن ان تثقب الحشفة بالة ثانية تنفذ امامن رأس الحشفة واما من الفتحة وتثقب بها الحشفة ثقبا ممتدا الى اصل المجرى ويكتفى بعد ذلك وضع قاثاطير لسد الفتحة الغير الطبيعية واستدامة ما فعلته الصناعة والمعلم دوبترن تجاسر على استعمال هذه العملية عندما نقص المجرى من جهته المقدمة نحو قيراطين ولاتمام هذه العملية استعمل بازلة ثم نفذ حديدة محماة فى القناة الجديدة وبعد زوال الالتهاب الذى كان قويا وضع قاثاطير مستمرة فالتحمت القناة الجديدة والناصور معا ومتى كانت الفتحة الغير الطبيعية لمجرى

البول قريبة جدا من اصل القضيب كان الصفن منقسما الى جزئين يشبهان الشفرين الكبيرين ومن ذلك ظن وجود الخنثى فى البشر

الرابعة وجود حصاة بوليسة فى القلفة فقد يتفق ان فتحة القلفة تكون ضيقة جدا ويجتمع البول فى ذلك المحل قبل خروجه ويمدده ويكون شيأ ككيس تتكون فيه حصاة كبر حجمها او صغر وشوهد منها ما كان حجمه كبيضة الحمامة وبعضها مثقوب الوسط واستخراج هذه الاجسام الغريبة يكون بشق القلفة وهى عملية بسيطة سهلة

الخامسة الفيموزس وهو تضايق غير طبيعى يكون فى فتحة القلفة بحيث لا يمكن ان تأتى خلف اكليل الحشفة والغالب ان يكون خلقيا وقد يكون عرضيا فينشأ منه انتفاخ التهابى فى الحشفة والقلفة كما يشاهد ذلك كثيرا فى المصابين بالداء الافرنجى وهذا الداء يمنع خروج البول ويعين على تكوين تحجرات حصوية حوالى الحشفة ويهيى القلفة والحشفة للتقرح بدوام حبس المواد الشحمية المتكونة تحت العانة من حادية البول ويمنع نمو القضيب ويعوق عن الجماع وكثيرا ما يكون سببا للبرافيموزس ولازالة هذا الداء ينبغى شق القلفة بمشرط مهدى على مجس ضوى او تزال بالختان ✲ وعملية الختان معروفة قديما ومستعملة فى قبائل كثيرة على سبيل السنية وتكون بقطع جزء من القلفة او جميعها والجراحون الان اى من اهل الاوربا انما يستعملونها اذا كانت القلفة زائدة فى الطول جدا او فيها سرطان وكيفيتها ان يمسك المساعد اصل القضيب ويجذب الجراح القلفة نحوه حتى تبعد عن الحشفة ثم يقطع الجزء الذى يريد قطعه كبيرا كان او صغيرا بالمشرط او المقص ولا يجذب الا القدر المحتاج اليه فى كشف الحشفة فقط فان جذب الزائد عن ذلك خطر بسبب اعراضا خطرة وربما اغنغرينا العضو كما شوهد ذلك مرات عديدة بدون ان يحصل من ذلك نفع ولا تحصيل السنية ولا للصحة والقاعدة المستعملة عند المشرقيين اى بلاد الاسلام فى عملية الختان هى الجيدة وهى ان يمسك القلفة بجفت يسمى اللازم ويتحامل عليها بقوة ويقطع بالمشرط من امام اللازم فبذلك يؤمن على الحشفة من اصابتها

عملية الختان

وبتلاشيها تكون المعالجة سريعة ومعالجته بسيطة فيكفى بعد التنقية الجرح بغسالة رفيعة كانها عصارة من الذرورات المهيجة والكاوية التى تستعملها جهلة الملاقين مثل الزاج والشب اذا اخذ الحل فى التقيح تدهن وسائد النسالة بمرهم باليسوغ ثم توضع على الجرح فذلك كاف فى التحامه

السادسة البرافيموزس وهو اختناق الحشفة من زيادة ضيق فتحة القلفة وهذا العارض يحصل كثيرا للمصابين بالفيموزس اى ضيق فتحة القلفة وذلك عند ما تنفسخ القلفة خلف قاعدة الحشفة بقوة شديدة زمن حركة الجماع او حركة اخرى فيتكون من الفتحة الضيقة الصلبة للقلفة اسفل قاعدة الحشفة نوع رباط تختنق به هذه الجهة ويكون سببا لانتفاخها وربما وقعت فى الغنغرينا فينبغى للجراح ان يجتهد فى تنقيص حجم الجزء المنتفخ وابرجاع الحشفة الى اصلها ورد القلفة عليها واذا لم تنجح معالجته ذلك قطعت الحوية المتكونة من القلفة بالعرض واستعملت الاشياء المضادة للالتهاب العامة والموضعية حتى تزول جميع الاعراض الالتهابية

السابعة الاجسام الغريبة التى يكون موضوعا فيها القضيب فقد يتفق للشخص زمن رعونة الشبق ان يدخل قضيبه حال خلوته بنفسه فى اجسام حلقية ينشأ من ذلك انتفاخ فى الجهة المقدمة منه واختناق مؤلم يهيئه للغنغرينا فينبغى حينئذ كما فى البرافيموزس ان يجتهد فى تنقيص حجم الجهة المنتفخة وتخليصها من تلك الاجسام فان لم ينفع ذلك فصلت بالمبرد او بالمنشار او الكماشات القاطعة او باى آلة كانت مع الاحتراز عن اصابة القضيب بهذه الالات ما امكن

الثامنة سرطان القضيب فسرطان القضيب كبقية انواع السرطان التى تظهر فى اى جهة من سطح البدن تارة تبتدى بزر يعبث به المريض فيهيجه وتارة يكون عقب قرحة تظهر بعد الجماع وقد ينشأ من اسباب اخر وقد شوهد ان اغلب المصابين بهذا الداء المرهب اصيبوا بقروح فى الحشفة وبالبرافيموزس وهذا النوع من السرطان يعرف بالصفات التى تميز بها بقية سرطانات البدن واذا لم تنفع جميع المعالجات التى اشاروا بها المقاومة التهيج وتحصيل التحامات الجروح

التحاما صلبا بتر العضو حفظا لحياة المريض والجهاز الذى يجهز لهذه العملية مشرط ذونصل مستقيم طويل وجفوت وابرة وخيطة مشمعة وقاثاطير من صمغ لدن وفسالة ورفائد ولفافة ثانية من دوجة والمريض يكون مضطجعا على الجانب الايمن من السرير والجراح يقف فى تلك الجهة ويمسك باليد اليسرى الجزء الذى ينبغى قطعه من القضيب ويقطعه دفعة واحدة قطعا كاملا ويحبس النزيف من الشرايين الرئيسة بربطها ويكبس على الاجسام المجوفة فذلك كاف فى حبس الدم السائل منها ثم ينفذ القاثاطير فى المثانة ويثبته ليبقى مستمرا ويغطى الجرح بجهاز بسيط يثبت باللفافة الثانية المزدوجة

التاسعة غنغرينا القضيب فغنغرينا القضيب لا تستدعى قطع الجهة المصابة منه بل يترك لطبيعته وينتظر ما يحصل فيه من ذاته من انفصال الجزء الميت عن الانسجة الحية

العاشرة اينوريزما الاجزاء المجوفة فالاتساع الاينوريزمى فى الاجسام المجوفة نادر جدا ويقاوم بالراحة وبالوضعيات الباردة والقابضة

الكتاب الرابع فى آفات اعضاء التنفس وما يلزم لها من العمليات

لما كانت آلة الصوت التى هى الحنجرة موجودة فى الطرف العلوى من القناة الخادمة لدخول الهواء وخروجه حسن ان تضاف آفاتها والعمليات اللازمة لها للآفات التى تخص اعضاء التنفس لتكون منحصرة ايضا فى هذا الكتاب

الباب الاول فى آفات الحنجرة والقصبة وهى عشر

الاولى الجروح

تفرق الاتصال بالعرض فى جدران الحنجرة او القصبة غير خطر ولا يستدعى من المعالجة غير ربط الاوعية وامالة الرأس الى الامام نحو الصدر بالرباط المثنى للرأس الاتى وضم شفتى الجرح ضما محكما بالعصابات اللزجة وبعض غرز من الخياطة المتفرقة والركن الاعظم فى ذلك هو امالة الرأس وجروح الحنجرة قد تكون مصحوبة

بنزيف غزير فاذا نزل الدم فى هذا العضو تسبب عنه سعال شديد مع اختناق خطر ثم يخرج من الفم او من الجرح كرغوة حمرا بواسطة قوة الهواء التى بها يتقذف الى الخارج ففى هذه الحالة يلزم اظهار الوعاء الحاصل منه النزيف وربطه ولو بتوسيع الجرح ان اضطر اليه فان لم يمكن الربط كبس على الجرح كبس خفيف بقطعة من الصوفان فان لم يكتف بذلك اضطر الى كيه بزمن نار يوضع على فوهة الوعاء واذا اصيبت الحنجرة من اسلحة نارية وجب ان تخرج سريعا الاجسام الغريبة والاجزاء العضوية التى مكثها فى الجرح يورث اعراضا وان يحترس زمن المعالجة من سقوط الخشكريشيات او الاجزاء الغضروفية التى عدمت الحياة فى المسالك الهوائية واعظم ما يهتم به فى جميع جروح الحنجرة بعد اتمام العمليات الاول ان يمنع حدوث التهاب شديد بواسطة الحمية الشديدة وراحة الذهن والجسم والاستفراغات الدموية العامة والموضعية * والرباط المثنى للرأس ان تثبت قلنسوة على رأس المريض بواسطة طيات من اللفافة ثم توضع رفادة تحت الذقن لتمنع حركات الفك الاسفل ثم تؤخذ عصابتان طول كل منهما ذراع ونصف يثبتان على جانبى الجبهة ببعض لفات من اللفافة المثبتة للقلنسوة بان يجعل بين كل لفتين طاقا من العصابة والطرفان النازلان على الصدر من العصابتين يثبتان على الصدر بلفافة بدن مثبتة بحفاظين من تحت الفخذ

الرباط المثنى للرأس

الثانية الاجسام الغريبة

كثيرا ما تنفذ فى القصبة اجسام غريبة كالسائلات او الاجزاء الغذائية المزدردة زمن اخذ النفس او بعض قطع معدنية او فول او لوبيا او نحو ذلك وكثيرا ما يقع ذلك للصغار وعند استقرارها فى العضو ينشأ عنها سعال تشنجى شديد فالاجسام الصغيرة الخفيفة منها وكذا السائلات تنقذف سريعا الى الخارج وبعد دقايق قليلة ترجع للمصاب الراحة والسكون والاجسام التى لا يمكنها الرجوع الى الخارج ينشأ عنها اشد سعال مع قطع نفس او اختناق وكدر شديد فيحمر الوجه وينتفخ وكذا الاعين ويحصل للمصاب قلق عام فى اعلى درجة ويستقيم

ذلك

ذلك بعض دقايق فيظهر ان المريض صار فى اشد خطر وقريبا للهلاك ثم تسكن النوبة وترجع حركة النفس الى عادتها ويرجع الشخص الى حالة راحة وسكون يستمر زمنا تاما ثم تعود الاعراض بشدة قوية وسبب هذه الفترة الحاصلة فى اثناء نتايج السبب الذى يظهر دوام تأثيره ان الغشاء المخاطى للمسالك الهوائية اعتاد على مماسة الجسم الغريب وعود الاعراض يكون من انتقاله من المحل الذى وقف فيه الى غيره لان الجسم بعد تقلبه فى المسالك يقف فى جهة من المجرى الهوائية اما فى الجهة السفلى او نحو الشعب فان كان خفيفا كان الى اعلى وان كان ثقيلا كان الى اسفل وقد شوهد فى بعض الناس من هذه العوارض من استمرت معه الاعراض متوالية وسببت الهلاك فى ايام قلائل وفى بعض خلاف ذلك وهو ان الاعراض تذهب ثم تعود فى زمن طويل او قصير وهلك المريض بالتهاب حنجرى مزمن ثم ان كلا من الاحوال المذكورة والاعراض الحاصلة للمريض وحسه بتنقل الجسم الغريب فى القصبة يمنع الغلط فى تشخيص الداء فينبغى سريعا فتح المجرى الهوائى واستخراج الجسم الغريب المنحصر فيه وذلك لابد منه ولو كانت الاعراض خفيفة والفترات طويلة جدا فانه لو اهمل اخراج الجسم الغريب كان المريض معرضا للهلاك يقينى قريب وبعيد اما بسبب الاختناق وعدم التنفس او بسبب آفة العضو ولذلك ينبغى فتح الحنجرة او القصبة او هما معا على حسب حجم الجسم الغريب ومجلسه

الثالثة انسداد المزمار

سبب انسداد المزمار اما التهاب حاد واما اوذيما فيه وليس وجود الاجسام الغريبة وحده هو الذى تكون عنه الحالة التى تستدعى الاضطرار الى العملية فان الالتهاب الحاد فى البلعوم قد يمتد الى المزمار فترم حوافيه ويصير دخول الهواء وخروجه عسرا جدا او متعذرا وكذا الارتشاح المصلى من النسيج الخلوى الذى تحت الغشاء المخاطى للحنجرة المسمى بالخناق الاوذيمى وباوذيما المزمار فانه يتسبب عنه ايضا احتباس النفس والاختناق وحينئذ فهاتان الحالتان توجبان

ايضا الاضطرار الى فتح مسلك غير طبيعى فيستدعى ان شق المجرى الحنجرى القصبى ولهم فى ذلك ثلاث قواعد شق الحنجرة او شق القصبة او شقهما معا فى مرة واحدة * اما الاول وهو الشق الحنجرى ويسمى القطع الحنجرى اى فتح الحنجرة فينبغى فيه ان يستلقى المريض على ظهره وصدره مرفوع ورأسه مثبتة ومائلة الى الخلف قليلا ويجهز له مشرط مستقيم واخر ذو زر ومقصات وجفوت واخيطة مشمعة واسفنج ونسالة ورفائد فاذا اريد ابقاء الجرح مفتوحا استحضر على ماسورة من فضة او من رصاص او من صمغ لدن وهى اولى اذا اريد ابقاؤها مدة فان فقد ذلك كفى الجزء الفارغ من ريشة نحو اوز وينبغى ان تكون قصيرة لئلا تمس الجدار الخلفى للقناة الهوائية فتمنع سهولة مرور الهواء ثم ان بعض الجراحين يستعمل انبوبة مستقيمة وبعضهم منحنية وهى اولى لتوافق انحناء القصبة ويكون طول تلك الانبوبة قيراط وفيها تفرطح وعرضها يكون من جزئين من قيراط الى ثلاثة اجزاء وفى احد طرفيها حافة بارزة مثقوبة ثقبين * وكيفية العملية ان يقف الجراح على يمين المريض ويشق الجلد من امام العنق بالطول شقا ممتدا من الجهة الوسطى وهى البارزة من الغضروف الدرقى الى الحافة السفلى من الغضروف الحلقى ويبعد الالياف والعضلات الوحشية القصية اللامية والقصية الدرقية الى الجوانب لينكشف الغشاء الحلقى الدرقى ثم يبحث فى الجرح بسبابة اليسرى مستقصيا بها على سطح هذا الغشاء ويلتفت بظفرها الى اسفل ليهدى عليه المشرط ويشق به بالعرض ويوجد على الغشاء الحلقى فرع شريانى غليظ منتشر فيه ويسهل التحرز عن اصابته بكون الشق قريبا للغضروف الدرقى موازيا لحافته السفلى والى هنا تمت العملية اذا لم يرد الا فتح طريق للهواء * وينبغى لاجل ان يبقى الجرح مفتوحا ان تغذ فيه الماسورة وينفذ فى ثقبى حافتيها اشرطة لتثبيتها وهذا الجسم الغريب قد يهيج المجرى الذى هو موضوع فيه اذا طال وضعه فيه ويسهل تدبير ذلك بوضع رفائد بين الجلد وصفيحة الماسورة وربما ترك الجرح بالكلية ويمنع نفوذ الاجسام الغريبة الطائرة فى الهواء بوضع قطعة من الكريشة مهلهلة النسج على الماسورة فانها لا تعوق دخول الهواء ولا خروجه وينبغى

كيفية العملية

معالجة المريض اذا لم يرد الا فتح طريق للهواء

اذا وقف جسم فى المسالك الهوائية وجب اخراجه

ان يجتهد فى اصلاح هواء مسكن المريض حتى يكون حارا رطبا قليلا لان تلك صفة الهواء حال دخوله فى الحفر الانفية زمن الصحة * واذا انحصر جسم فى السبيل الهوائى اخرج من الشق الذى فتح فان كان غير متشبث فالغالب ان يخرج من الجرح بقرقعة او يقف فى فتحته وحينئذ فيسهل مسكه بالملقاط او بكلاب لاسن له فان كان كبير الجسم لا يمكن اخراجه او قوى تشبثه بالبطون الحنجرية وعسر اخراجه بالجفت وبغيره وجب مد شق الجلد الى اعلى حتى يوصل به الى العظم اللامى ثم تنفذ فى الحنجر قسن المشرط ذى الزر ويمد برحده الى اعلى وشق به على الخط المتوسط جميع الغضروف الدرقى طولا وتنفذ فردتا الجفت فيما بين حافتى هذا العضو ليوسعانهما حتى يفتش على الجسم الغريب ويخرج بسهولة

واما الثالث ويسمى القطع الحنجرى القصبى فاذا لم يكف الشق الاول الكائن فى الغشاء الحلقى الدرقى او كان الجسم الغريب اسفل منه فقد اوصى المعلم بويى على قطو بل شق الجلد الى اسفل وشق الغضروف الحلقى وقدرا كافيا من الدوائر العليا للقصبة الرئوية بالمشرط ذى الزر الذى التفت بحده نحو القص ويستعمل ايضا لاتمام هذه العملية مقصات صلبة منحنية انحناء موافقا لحوافيها اى فتكون منحنية على جانبها

واما الثانى ويسمى القطع القصبى اى قطع قصبة الرئة فهو ان يشق الجلد من الجهة السفلى للحنجرة الى الجانب العلوى للقص ثم يشق النسيج الخلوى وتبعد الالياف الانسية للعضلات التى تمتد من القص الى العظم اللامى والغضروف الدرقى وبعد كشف القصبة يغمز الجراح بظفر سبابته بين قوسين من اقواس هذا المجرى ويفتحهما بشق طولى ليقطع عرضهما طولا من اعلى الى اسفل بسن مشرط او مبضع واذا تبين ان هذه الفتحة غير كافية مدها فى طول القصبة الى اعلى والى اسفل قاطعا بذلك حلقتين او ثلاثا حتى يمكن خروج الاجسام منها وقد اخترع بعض الجراحين بازلة مبططة جعلها بعضهم مستقيمة وبعضهم جعلها مقوسة يشق بها الجلد والقصبة معا فى مرة واحدة وعيب هذه الالة انه يخشى منها اصابة الجدار الخلفى للقصبة واصابة الاوعية بدون ان يمكن ربطها لانها

لا توسع شق الجلد فهى لا تنفع الا لتنفيذ الهواء ولذلك تركت الان بالكلية

ما يفعله الجراح اذا تعذر كشف الجسم الغريب

* واذا عرف بالعلامات الاكيدة وجود جسم غريب فى المسالك الهوائية ولم يكن الشق كافيا الاخراجه ولم يفد الاجتهاد فيه أعولج المريض بمعالجة بسيطة فان المعلم دوبيترن وجد فى اليوم الثانى تحت جهاز الجرح الجسم الغريب الذى كان اجتهد فى اخراجه ولم يخرج ثم اذا خرج الجسم اجتهد فى ضم شفتى الجرح

ما يستعمل عوضا عن فتحة المسالك الطبيعية

* وقد كان اوصى ايبوقراط بان تدخل فى بعض الاحيان ماسورة فى الفتحة العليا للحنجرة ثم ترك ذلك ونسى حتى ارجعه ديسول وهذه الماسورة قاناطير من صمغ لدن يكون جرمها وشكلها مفرطحا لتكون بذلك سهلة الدخول والاستمرار من غير ان يحصل لشفتى المزمار مشقة من ذلك وكيفية ادخاله ان يفتح الفم جدا ويذهب بالسبابة والوسطى من اليد اليسرى الى الفم الخلفى ليهدى عليهما طرف القاناطير ويوجهانه نحو الحنجرة وفى اول الامر يكون ذلك شاقا على المريض ثم يكاد ان لا يحس به وهذه الالة لا تناسب اذا كانت الاعضاء ملتهبة ولا تناسب الا الاشخاص المصابين بالخناق الاوذيمى ونفعها لا يجزم به الا فى الاسفيكسيا كما برهن عليه الماهر شوسيه لانها تنفذ هواء نقيا فى الرئتين والاسفيكسيا بطلان جميع الافعال الحيوية

واما تشريط حوافى المزمار المنتفخة فان المعلم ليسفرن تحسن عنده فى الخناق الاوذيمى تشريط حوافى المزمار بمشرط ليخرج السيال المرتشح فيها وكيفية عمليته ان يؤخذ مشرط ذو نصل طويل فيه تحدب قليل وله يد ثابتة وتلف عليه خرقة الى قرب سنه بقمعة ثم يفتح فكا المريض بقدر ما يمكن ويحفظ فتحهما بوضع قطعتين من الخفاف بين قوسى الاسنان وتثبت رأس المريض على وسادة او على صدر مساعد ويقف الجراح امام المريض ويدخل السبابة والوسطى من يده اليسرى فى فمه حتى يجاوز بهما ملتقى الفم بالبلعوم ويأتى بهما على الحوية المتكونة من الخناق فحينئذ يمسك المشرط من يده كما يمسك ريشة الكتابة وينفذه مسطحا على اصبعيه فاذا وصل الى الحنجرة التفت بحده الى الامام رافعا مع ذلك يد المشرط غامزا بسنه على الحنجرة برفق فيبضع فى اول الامر بضعات قليلة اذ كثيرا ما يكفى

بواسطة الكبس بضعتان او ثلاث ويضاعف البضع ان احتيج اليه ويجتهد فى تبعيد البضعات عن بعضها ما امكن لمنع الالتهاب وهذه الكيفية لا تسلم من العيوب نظرا للتشنجات الشديدة الناشئة عنها فى عضلات البلعوم واصل اللسان وربما زادت تلك التشنجات من الالتهاب الذى قد يكون اشد خطرا من الارتشاح الذى يراد مقاومته وانا اظن ان تشريط الغشاء الحلقى الدرقى يقدم على هذه الكيفية نظرا لبساطته وسهولة اتمامه ونتايجه وقلة الآفات المتسببة عنه

الرابعة الجوتسو اى ورم الغدة الدرقية

والجوتسو ورم يكون امام الحنجرة والقصبة غير مؤلم ولا يتغير معه لون الجلد ويكون من تزايد فى حجم الغدة الدرقية ثم ان التغيرات المختلفة التى تحصل فى الجسم الدرقى المسماة بالجوتسو وقع فيها فى زماننا هذا اضطراب كثير فليس على نوعين فقط كما زعم المعلم ريشرن بل هو انواع كثيرة ودائما هو نتيجة التهاب مزمن يحدث منه فى الانسجة المصابة به صفات مختلفة فتارة يتكون هذا الورم من زيادة تغذية الجسم الدرقى وتارة يرشح فى جوهر نسيج هذا الجسم سيال لزج اشهب غير شفاف وتارة يستحيل الى كتلة شحمية او ليفية او غضروفية وربما كان جزء منها عظميا وقد تنحصر فى هذا الورم اكياس مصلية او ديدانية كروية الشكل وكثيرا ما يلتهب هذا الورم ويستحيل الى خراج او الى ورم دموى وهذا الداء يكون جنسيا فى بعض بلاد الاوربا كبعض بلاد السويديس والبوشناق واكثر البلاد الباردة الرطبة وقد يكون موروثا والى الآن لم يمكن الوقوف على معرفة حقيقة الاسباب المحدثة له ولكن يترأى بحسب الظاهر انه يحصل من السكنى فى الاماكن الرطبة القليلة الهواء كالاودية التى بين الجبال الشامخة واكثر وجوده فى اللينفاويين والمصابين بداء الخنازير والنساء اكثر استعدادا له من الرجال وينسب حدوثه ايضا لاستعمال الاغذية الغليظة الرديئة الهضم واستعمال الماء الحامل لسولفات الجير والمياه الاتية من المحال المتحلل فيها الثلج * ولا بد فى كل نوع من هذه الانواع التى لا يتحقق اكثرها الا بعد الموت من المقاومة بالاشياء التى هى اقوى

المعالجة

فعلا فى ازالة تهيج الجسم الدرقى فينبغى اولا تبعيد الاسباب التى اظهرته كالتباعد عن الاماكن التى يكون فيها هذا الداء جنسيا والسكنى فى الاماكن المعدوم منها فان لم يتيسر ذلك استقصى عن الاسباب التى احدثته واجتهد فى مقاومته بالوسايط الشفائية الممدوحة جدا فى هذا الداء كالاسفنج البحرى المكلس بان يؤخذ من رماده من عشر قمحات الى ثنتى عشرة ويكرر ثلاث مرات فى النهار وكاليوديوم المستعمل من الباطن بكمية يسيرة من ثمن قمحة الى قمحة واستعمال الصابون من الباطن ايضا وكاربونات القلى والمياه القلوية والآكبريتية وغير ذلك ومن الظاهر بكرر ارسال العلق والضمادات الملينة اذا كان هناك تهيج قوى واوصى على التمريخ بالربوت الكافورية والصابونية ومرهم اليوديوم دلكا واوصى ايضا على الضغط عليه بصفيحة من فولاذ او رصاص ولا تنبغى العملية الا اذا لم ينفع استعمال جميع هذه الوسايط فان كان مكونا من تزايد حجم الجوهر الدرقى نفعه الجوهر البسيط المسمى باليوديوم نفعا عظيما خصوصا اذا دلك بمعن الظاهر مع جلونة الورم فى ذلك الوقت اى استعمال الآلة المنسوبة للمعلم جلوانى حتى تؤثر فيه تأثيرا كهربانيا * والالتهاب الحادث فى الجسم الدرقى المنتفخ قد تسبب عنه استحالة الورم الى صديد وقد يحصل هذا العارض فى بعض الاشخاص من تقدم التهيج المزمن وعلى كل حال فلا ينفتح الخراج الا اذا تكامل تقيحه وعم جميع الجهات المتهيجة * واذا كان الجوتر ممتلئا باكياس ديدانية ويعرف ذلك من شفافية السيال وعدم تلونه حال سيلانه عقب الشق الاول ينبغى توسيع الجرح والاجتهاد فى اخراج جميع الاجسام الغريبة منه وان كان الورم منقسما الى اكياس ممتلئة بسيال او كان الورم رخوا فالخزام نافع لاستفراغ ما احتقن فيه استفراغا كاملا ويحصل بابرة طويلة قاطعة وتكون مبططة ومقوسا احد سطحيها وتنفذ من اعلى الى اسفل فى مركز الدرقية جاذبة معها فتيلا من نسالة يبقى مدة فى المحل فان كان الورم عظيما او مقسوما الى قسمين جانبيين وجب عمل خزامين والمعلم برسيه وفودره ودبويترن عملوا هذه العملية وحصل على ايديهم منها نجاح عظيم وهى مفضلة على الكاويات التى مدحها جملة من المعلمين وهذه الكاويات

عمليات قد يستدعيها الورم

الاول فتح الخراجات

الثانى خزمه

لاتستعمل الا اذا احتيج لفتح خراجات باردة ظهرت فى الورم واذا اعتبر جراح باسترخاء وورم درقى وتموج ظاهر غير حقيقى ونفذ فيه مشرطا ولم يخرج منه الادم قليل احمر وجب عليه ان يضم الجرح سريعا فان هذا النوع من الجوتسو مكون من قطر دموى واذا بقى مفتوحا تضاعف هذا القطر فى الخارج وبرز وحصل منه نزيف دائم مهلك للمريض سريعا ومن النعمة علينا ان هذا النوع فى هذا الداء نادر * والاستئصال الكلى للدرقية المستعمل فى بعض الاحيان غير ناجح وغير موصى به ويمكن قطع بعض اجزاء من هذه الغدة اذا تكونت الى اورام منفرده عنها ومتحركة وربما كانت ذوات سوق ويسهل ايضا استئصال التولدات الليفية المحدودة المنحصرة فى الغدة اما جميع الجسم الدرقى فلا يستأصل فان اضطر الى استئصاله ينبغى بعد اظهار الورم ان يستقصى عن الشرايين الاربعة الدرقية وتربط ثم يتم الكشط ولا تقطع الاوعية الا من بين رباطين وانا اظن انه ينبغى ان لا يقرب الورم بآلة لان الاوعية منبثة ومتفرعة فيه كثيرا وذلك يصير النزيف فيه متجددا اذا تمايل بعد بالشق عنه ليصل الى الجذوع الشريانية التى هى اقل عددا من فروعها واسهل وجودا وربطا قبل الاستئصال * وفى ايامنا هذه قد اخترعت واسطة يزال بها الجسم الدرقى المتورم والجهاز لذلك يشتمل على آلة كابسة وجملة من الات شادة العقدة المستعملة فى البوليبوس وعلى حبيل مكون من خيوط كتان مشمعة او سلك رفيع من مخوفضة وعلى جملة ابر غير مبططة السن لئلا تفتح الشرايين فتحا واسعا وعلى مشرط * وكيفية العملية ان يشق الجلد اولا على قدر الحاجة حتى ينكشف الورم ثم ان كان الورم صغيرا ذا ساق ربط رباطا واحدا وان كان كبيرا ذا قاعدة عريضة نفذ فى قاعدته حبلان من جهة واخران من جهة اخرى ايتصالبا ثم يربط الورم من جهاته الاربع وتشد عليه الاربطة تدريجا حتى يتكامل تغنغره ويسقط وهذه الاربطة اما ان تربط معا فى آن واحد او على التعاقب فى ازمان متعددة على حسب العوارض التى تحصل وتحمل المريض ومتى ماتت هذه الاجزاء فلا ينتظر سقوطها من ذاتها لئلا يطول الزمن بل يعجل عليها بالقطع بالمشرط ومعالجة الجرح بعد ذلك سهلة فان بقى بعد هذه العملية

استئصال الغدة الدرقية

ربط الكتلة الدرقية

كيفية العملية

شئ من الورم ازيل بالكى وهذه العملية يظهر انها اجود وانجح من بقية العمليات

الباب الثانى فى آفات الصدر وهى سبع

الاولى جروح الصدر البسطية

جروح الصدر وقد لا تصيب الا جدرانه فقط وقد تنفذ فى جوف الصفاق المستبطن للصدر وقد تغوص فى جوهر الرئة كثيرا وقليلا وتؤخذ علامة النفوذ من دخول الهواء وخروجه المتعاقبين فى الجرح على هيئة ما يحصل فى المنفاخ وقد تعلم من خروج دم رغوى من الجرح وتحقق اصابة الرئة بان يحصل مع هذه الاعراض نفث دم كثيرا وقليل نعم قد توجد آفات رئوية غائرة جدا ولا يكون معها نفث دم

المعالجة ❊ ثم ان معالجة هذه الجروح لا ينبغى فيها زيادة الاعتناء والاهتمام بمعرفة كونها نافذة فى تجويف الصفاق المستبطن للصدر او غير نافذة فيه بل اذا كان الجرح بسيطا اعنى غير مصحوب باعراض خطرة يؤمر المريض بالراحة الكلية والاستفراغات الدموية العامة والموضعية على حسب شدة احوال الجرح وتوضع عليه قطعة من صندل مصمغ اذا كان وخزيا وتضم حافتاه بدون واسطة اذا كان شقا قليل الامتداد او كثيره فهذه هى المعالجة الموضعية اللازمة للجرح ثم توضع عليه لفافة بدن تشد على الصدر شدا معتدلا وتحيط به لتتحدد بذلك حركة الاضلاع

الثانية جروح الاسلحة النارية

الاجسام الجارحة من الاسلحة النارية النافذة فى الصدر يحصل منها دائما آفات خطرة وتستدعى من الجراح سرعة الاستقصاء عن تلك الاجسام المقذوفة وعلى فتات عظام الاضلاع وقطع الخزف وغير ذلك من كل جسم غريب يكون مختفيا فى الجرح وينبغى لتحصيل هذه الغاية ان تشق الجروح شقا طويلا فان احس بالرصاصة بعد نفوذها فى محل تام من الصدر فى الجهة المقابلة لمحل النفوذ حسن شق الاجزاء الرخوة المغطية لها واستئصالها فتحدث من ذلك فتحة مقابلة للاولى وقد يضطر لهذه الفتحة اذا ظهرت بورة صديد فى محل بعيد عن الجرح ومما هو عظيم

النفع فى مثل هذا العارض الشديد الخطر استعمال الاشياء المضادة للالتهاب مع المداومة واذا احدث طريق طويل فى الصدر وانحصرت فيه اجسام غريبة متحركة اوعسر خروج الصديد المنفرز من جدرانه فربما كان تنفيذ خزام فى ذلك الطريق نافعا لكن ينبغى اخراج الجسم الغريب اذا اخذ التقيح فى التناقص لان وجوده يعوق عن تقدم الالتحام

الثالثة كسر الاضلاع

كسر الاضلاع يحصل من سقطة اوضربة قوية بجسم صلب والغالب ان يكون فى الجهة الوسطى من تقوسها والكسر يكون فى ضلع او اكثر فى آن واحد اوفى آنات والضلعان الاولان اقل تعرضا للكسر من غيرهما لانهما مصونان بالترقوتين وبالعضلات وكذا الضلعان السفليان اى المعوجان لتحركهما وما بين ذلك معرض له اكثر والكسر اما ان يكون واصلا اوغير واصل فالواصل هو الذى يكون فيه الكسر فى محل اصابة الجسم الكاسر وغير الواصل هو الذى يكون فيه الكسر فى غير محل الاصابة كما اذا كبس على طرفى الضلع فانكسر من الوسط والعلامات التى تدل على الكسر هى الالم الشديد فى محل الكسر وعسر التنفس وتزايد الالم من اخذ النفس ورده وسماع المريض قرقعة فى بعض الاحيان من احتكاك الكسور ببعضها وفى هذه الحالة اذا وضع الجراح اذنه على المحل سمع تلك القرقعة واذا وضع اصبعه على الضلع المكسور يعرف من عدم تساوى سطحه ومن حركات المنكسران فيه كسرا والواجب فعله على الجراح حينئذ تقريب الاجزاء المنكسرة الى بعضها وحفظها على هيئتها الطبيعية وحفظها بالكبس على الصدر حتى لا تتحرك الاضلاع بحركات التنفس فان كان الكسر فى الاضلاع بسيطا اى لا بروز فيه لم يستدع سوى وضع رفائد درجية سميكة مغموسة فى سيال محلل كروح العرقى والعرقى الكافورى على المحل المصاب وتثبت بلفافة بدن مشدودة شدا معتدلا واذا دخلت الاجزاء المنكسرة فى الباطن كما قد يحصل ذلك فى الكسر الواصل فلتوضع الرفائد على طرفى الضلع المنكسر ويضغط عليها وهذا

الضغط الحاصل من هذا الرباط يؤثر في طرفي الضلع المتقابلين فيزيد في تقويس الضلع وطرفا الكسر حينئذ بدل ان يذهبا الى الباطن يذهبان الى الخارج اما اذا كان بروز طرفي الكسر الى الخارج من اسفل الجلد فانه يرد الى الباطن بوضع رفائد سميكة مزدوجة على الجزء البارز هذا ما على الطبيب ان يفعله والطبيعة تتم تجبير الكسر وصلابة التشامه وحذق الجراح يكون في تحديد حركة الاضلاع وفي تداركنا ومقاومة الالتهابات الباطنة التي تصحب الكسر غالبا

الرابعة كسر القص

كسر القص نادر جدا ويصدر من سقطة او ضربة قوية على الصدر وقد يحصل من تمدد فجائي في الجذع بسبب تقويسه الى الخلف وتسهل معرفته بوضع الاصبع على السطح المقدم للقص فيحس ببروز واحد او اكثر على حسب كون الكسر في محل واحد منه او اكثر وتحركه تحركا لم يكن فيه من اصل الخلقة ويستشعر المريض بألم شديد من حركات التنفس وبقرقعة من حك الاجزاء المكسورة ببعضها والمعالجة الجيدة لذلك تجبيرها عسر يعاب ترجيع طرفي الكسر الى محلهما الاصلي سيما اذا كان واحد منهما بارزا الى الباطن فان كان كسر القص بسيطا اي بدون بروز كفى وضع بعض رفايد مغموسة في سيال محلل تثبت بلفافة بدن ويؤمر بالاستلقا على ظهره مميلا رأسه الى الامام ومثنيا ساقيه لتسترخي بذلك العضلات فان كان احد طرفي الكسر بارزا الى الخارج وضعت عليه رفادة درجية حتى يرد للباطن ويلامس الطرف الثاني فان كان بروز احد طرفي الكسر او هما معا عظيما حصل منه دائما تهيج عظيم في الاعضاء المنحصرة في الصدر ويحصل منه خطر عظيم فينبغي الشق حتى ينكشف العظم ثم ترد هذه العظام الى حالتها الاصلية بطرف ملوق او آلة رافعة واذا لم يمكن ادخال هذه الالات تحت العظم وضع تاج الالة الثاقبة على غير محل الكسر وازيل به جزء لطيف ليسهل ادخال هذه الالات واذا كان هناك شظايا عظمية صغيرة استؤصلت والكسر الصادر من ضربات قوية او اسلحة نارية يكون في الغالب مصحوبا بمرض شديد يمتد الى الاعضاء الباطنة

فى الصدر فلذا ينبغى استعمال المعالجة المضادة للالتهاب الشديدة الفعل كالفصد المتكرر والضمادات الملينة على الجهة المصابة والحمية القاسية والغضروف الحجرى لا يحصل فيه الكسر الا اذا تعظم اعنى صار عظما ويكون ذلك فى الاشخاص المسنين ويكفى لتجبيره لفافة بسيطة ووضع الشخص وضعا مناسبا

الخامسة العوارض التى قد تنشأ عن الافات السابقة

الافات التى ذكرناها ليست نتايجها بسيطة كما يظهر لنا ذلك فى اول النظر فيها بل كثيرا ما ينشأ عنها اعراض خطرة كنزيف وانسكابات مختلفة الطبيعة فى البليورا وسريان هواء فى باطن الصدر او خارجه

واما الاول وهو النزيف فمنه نزيف يعقب جروح الصدر وهذا يكون على صفات مختلفة فتارة يكون فيه الدم اسود مندفعا بقوة دفعة تموجية من الجرح عند حركة رد النفس وتارة يكون احمر شريانيا رغويا وتارة يسيل بغزارة شديدة ربما ادى الى هلاك المريض فى لحظات لطيفة اذا لم يحبس وتارة لا يخرج الا فى زمن تضايق الصدر الذى هو زمن اخذ النفس فيكون خروجه فيضانيا * والمعالجة فى جميع هذه الاحوال لا تكون الا بانضمام الجرح حتى تتلامس شفتاه بعصابات لزجة توضع فوقها رفايد سميكة ويثبت جميع ذلك بلفافة بدن مشدودة شدا معتدلا ثم يضجع المريض على الجانب المصاب وهذه المعالجة وان كانت فى الحقيقة قد تعرض المريض للانسكاب فى الصدر الا ان هذا العارض غير ملتفت اليه لامرين الاول كونه نادرا والثانى كون الدلالة الشفائية انما هى تدارك الخطر الحاضر فلا يترك لخطر متوهم وايضا فليس للجراح حيلة الا ضم الجرح لان الشريان المنبثق قد يكون فى جوهر الرئة فلا يتمكن من منع النزيف واذا ابقى الجرح مفتوحا مات المريض من النزيف فلا حيلة له غير ضم شفتى الجرح وبعد ذلك يحتاج الى عملية الامبييما وهى اخراج الدم من تجويف الصدر ومنه نزيف الشريان بين الاضلاع وهذا يستدعى اشياء غير ما سبق ويعرف بدوام سيلان الدم من شفة الجرح العليا وبكون الجرح يظهر انه متجه اتجاها منحرفا تحت الضلع

ما يقاوم به

العلوى فاذا ادخل فى فتحة الصدر قطعة من ورق على هيئة ميزاب مجعول مقعره للاعلى شوهد جريان الدم فى ذلك الميزاب ولا يجرى تحته كما يحصل ذلك اذا كان النزيف انسكابيا وهذا النزيف نادر واذا شك فى اصل ينبوع النزيف كفى توسيع الجرح قليلا لتنكشف الجهة المنبعث منها الدم فيما بين شفتيه * وحبس هذا النزيف جعلوا له جملة وسايط فالمعلمان الفرنساويان جيرار وجلار كانا يضعان حول الضلع رباطا حاملا فتيلا بواسطة ابرة مقوسة او هلالية تنفذ من الحافة السفلى للضلع وتخرج من الحافة العليا له فيقع الفتيل على ظاهر الجرح ايحفظ طرف الرباط ثم يربط الخيط على الضلع فيضغط ذلك الفتيل على الشريان * والمعلم لوترى جراح فرنساوى كان يضع فى الجرح صفيحة من فولاذ وهى ملوق معتاد فيه انحناء قليل من قرب طرفيه على هيئة السين الافرنجية وفى احد طرفيه شقان بالطول متوازيان طول كل منهما قيراط وسعته كافية لادخال شريط وفائدتهما تثبيت تلك الصفيحة على الجسم والطرف الثانى الذى يدخل فى الجرح تلف عليه خرقة ويدخل هذا الطرف فى الجرح ادخالا افقيا فيما بين ضلعين العلوى منهما هو الذى فيه الشريان المصاب غائرا به قليلا الى الباطن ثم يتحامل على الطرف الذى فيه الشريط ليلتصق بالجسم ويثبت عليه بلفافة فتكون هذه الالة بمنزلة رافعة نقطة المقاومة فيها تلازم الشريان المنفجر فتضغط عليه وكل من قاعدة الرباط وقاعدة لوترى متروكان * ويكفى لمنع هذا الدم المنبعث من الشريان بين الاضلاع ان يدخل فى الجرح وسط خرقة مربعة يملا جوفها من النسالة حتى تصير من الداخل ككرة توضع على الوعاء المنفتح ثم تجذب الى الخارج لتضغط على الوعاء وتثبت اطرافها المرسلة من الخارج على القطع الخارجة من الجهاز وهذه القاعدة هى الاجود

حبس النزيف بربط الضلع

او بصفيحة لوترى

او بالسدادة

واما الثانى وهو الانسكابات المختلفة وتسمى الاميبيا فكثيرا ما يحصل عقب جروح الصدر انسكابات دموية او صديدية فى تجويف الصفاق المستبطن للصدر * فالاولى تعرف بكونها تعقب الجروح سريعا وبتعسر فى النفس وبكون الصوت الحاصل من القرع على المحل الذى فيه الانصباب اصم وبالكدم الاصفر المنتشر

انسكاب دموى

على

على الجهة المحاذية للمحل المصاب وبزيادة تباعد الاضلاع عن بعضها وتمدد فى جميع الجهة المحاذية للانصباب وعدم سماع حركات التنفس وسماع خرير السيال عند وضع الاذن او المستقصية الصدرية على الصدر وسماع خضخضة السيال عند تحريك الجزء حركات متوالية وتزايد عسر التنفس عند الضغط الشديد على البطن لان الاحشاء حينئذ تزاحم الحجاب الحاجز وهو يزاحم ما انحصر فى التجويف الصدرى فهذه هى العلامات الدالة على الانسكاب الدموى ولا يشرع فى العملية الا بعد الوقوف على السيال بهذه العلامات * ولا ينبغى على الاطلاق ان يستفرغ الدم المنسكب الا اذا دل عود الحرارة للجلد واعتدال النبض وزوال التشنجات على ان النزيف الباطنى احتبس وهذا يكون بانتظار المريض ولو بعض ايام كثلاثة او اربعة لان انحباس الانسكاب فى الصدر لا يضر حيث كان التنفس حاصلا ولا يستعمل فى هذه المدة الا الفصد والمصرفات لمنع حصول الالتهاب والاجتهاد فى منع الانسكاب * وقد يتفق انه كلما حصل انسكاب باندفاع قوى فى الصدر كان معه اختناق تكون به حياة المريض فى خطر قريب وذلك فيما اذا حصل الانصباب فى الرئتين او كانت احداهما مريضة من مدة مرضا يمنعها عن اتمام وظيفتها وحصل الانسكاب فى الرئة الثانية والمعالجة اللازمة المذكورة لتلك الحالة تكون على خلاف ما ذكر لان النزيف اذذاك ليس هو الذى يستدعى همة الجراح بل الذى يستدعيها بالاكثر انما هو النتايج المهلكة الحاصلة منه المذهبة لحياة المريض فاذا كان الجرح ضيقا وظن وجود آفة شريان بين الاضلاع ولم تفد جميع المعالجات المستعملة وكان قد استفرغ من الفتحة قدر جليل من الدم ولم يحصل منه للمجروح الا انتعاش قليل سريع الزوال وكان الموت قريب الحصول جدا ينبغى فى ذلك السعى باجتهاد فى توسيع الجرح وتخليص الصدر مما فيه وتبعيد الخطر الاقرب والاهم ثم اذا لم يحصل نجاح من العملية واضعف المريض سيلان الدم من الجرح ولم يتروح به فينبغى ضم الجرح وابقاؤه على ما كان عليه اولا وهذه الطريقة ليست وهمية فان هذا العارض حصل فى عصرو صار مشهورا وما سلكه الجراح الذى طلب له لا يذم الا من جاهل او حاسد * والثانية

المعالجة

عوارض صعبة

انسكاب صديدي

وهي الانسكابات الصديدية تعرف بوجود جميع علامات انتقال الالتهاب الحاد الى الحالة المزمنة مصحوبة بالعلامات الدالة بالخصوص على امتلاء احد جانبي الصدر بسيال غريب * والمائية الصدرية ويقال لها الاستسقا الصدري وان كانت داء منفردا عن جروح الصدر وليست من الجراحة بل من الامراض الباطنة تذكر في التهاب الاغشية المخاطية الا انه ينبغي ان تذكر هنا لانه بعد وصولها الى حد لم تنفع فيه المعالجة الباطنية المستعملة في الالتهابات المزمنة التي تلك المائية ناشئة عنها يمكن ان العملية الجراحية وحدها تعين على شفاء ما للمريض فاذا انتشر في الصدر سيال ما وجب حالا فتح مسلك لاستفراغه اذا لم يكن هنالك ما يمنع ذلك من وجود الالتهاب فلا تعمل العملية مادام اثر التهاب البليورا موجودا لكن قد يضطر الى العملية مع وجود الالتهاب اذا ضايق السيال التنفس وخيف على المريض من منع التنفس وهذه العملية التي غايتها تحصيل هذا الغرض المسماة بعملية الامبيما تكون بفتح اميل جهة من الصدر وبعضهم اختار اذا كان هنالك جرح ان يجذب السيال المنحصر في الصدر بالالة الماصة ان كان الجرح مفتوحا ولكن هذه الكيفية لا نفع فيها البتة لانه اذا كان الجرح اعلى من محل الصديد ربما اوجب مص الصديد فتقا في الرئة نعم ان اتفق ان الجرح في المحل الذي تنبغي فيه العملية فلا بأس بان يمتص السيال منه بلطف فاذا كان الجرح على هيئة بحيث اذا وضع المريض وضعا مناسبا تحول اليه الدم كفى في ذلك توسيع الجرح وابقاؤه مفتوحا وما عدا ذلك من بقية الاحوال لا بد فيه من عملية الامبيما * والمحل الذي ينبغي فتح الصدر منه يختلف باختلاف الاحوال فاذا كان الورم بارزا الى الخارج فتح منه وتكون تلك العملية بشق جدرانه وان كان يظهر ان ظاهر الصدر سليم فاغلب الجرحين مثل لقسوسي وسباتيه وبليتا وبويسه وريشيرن اوصى على ان تكون العملية من اليمين فيما بين الضلع الرابع والخامس من الضلوع البطنية او من الشمال فيما بين الضلع الثالث والرابع والعدد من اسفل الى اعلى فان عملت العملية اعلى من ذلك كما اوصى به المعلم بيل امكن ترك جزء من الانسكاب اسفل الجرح فان عملت اسفل من ذلك كما قال هيستر وشوبار

انسكاب مصلي ويسمى المائية الصدرية والاستسقا الصدري

محل العملية

ودسولت خشى من اصابة الحجاب الحاجز ومن النفوذ فى البطن واما ما ينبغى ان يحاذيه الشق من طول الضلع فيختار ان يكون ملتقى الثلث الخلفى بالثلثين المقدمين من المسافة التى بين النتو الشوكى للفقرات ووسط القص * والذى يجهز لهذه العملية مشرط مستقيم ومشرط ذوزر ورفادة غربالية وفتيل من خرقة منسولة ونسالة ورفايد ولفافة بدن واوانى وماء واسفنج والمريض مضطجع او جالس على حافة سريره ورأسه مرتفع وجسمه مائل الى الجانب المقابل للمصاب * والجراح حينئذ يمد الجلد باليد اليسرى والمساعد يشده الى اعلى ثم يشقه على موازاة المسافة التى بين الاضلاع شقا طوله نحو قيراطين ثم يشق ثانيا النسيج الخلوى والعضلات الظاهرة المغطية للصدر حتى يصل الى العضلات بين الاضلاع فيشقها باحتراس زائد قريبا من الحافة العليا للضلع السفلى ما امكن وبعد ان ينكشف له الصفاق المستبطن للصدر يدخل سبابته اليسرى فى الجرح ليعرف بها اعوجاج السيال وليهدى عليه المشرط الذى يفتح به الغشاء المصلى ثم يوسع هذه الفتحة بالمشرط ذى الزر فتخرج المادة المنتشرة سريعا فان لم يخرج شئ فذلك اما لكونه انغش بظن وجود الاميبيا واما لكون الرئة ملتصقة بالبليورا الضلعية والحالة الاولى تعرف بسهولة دخول الاصبع فى الصدر ومرورها على السطح الاملس للرئة وينبغى فيها انضمام الجرح سريعا ومعالجته معالجة جرح بسيط نافذ فى الصدر والحالة الثانية ينبغى فيها تمزيق الالتصاق او توسيع تفرق الاتصال او رد الجرح وضمه ثانيا وعمل العملية فى محل اخر وهو الاحسن وبعد استفراغ السيال يترك الجلد ليرجع من ذاته ويغطى العضلات بين الاضلاع واذا كان الانصباب او التجمع موجودا فى بليورا الجانبين معا عملت العملية فى الجانبين احدهما بعد الاخرى بعد شفاء الاول لانهما ان عملا فى زمن واحد هلك المريض من الاختناق بسبب دخول الهواء من الجرح وضغطه للرئتين معا ويعالج الجرح معالجة بسيطة بوضع خرقة غربالية ونسالة ورفائد ولفافة بدن وهذا هو الانسب واما وضع الفتيل المعمول من شريط من الخرق منسول الجانبين والحقن التى يستعملها بعض الجراحين الى الان فلا نفع فيهما لان الجرح يبقى زمنا

جهاز

وضع المريض

كيفية العملية

طويلا مفتوحا معرضا لدخول الهواء فى الصدر وتزيد شدة الالتهاب فى الصفاق المستبطن والحقن وان كانت فى حد ذاتها جيدة الا انها يحتمل ان تهيج منها الرئة لعدم اعتيادها عليها هذا اذا كان الانصباب الدموى او القيحى انتهى واريد استفراغه اما اذا كان التقيح او المصل لم يزل يتفرز من الجرح فالذى ينبغى ان يبقى الجرح مفتوحا بواسطة الفتيل ويغير الجهاز كلما ظن تجمع مادة هناك فيكون مرة ومرتين فى النهار على حسب الحاجة * ولما كانت جدران الصدر لا يمكن ان تهبط سريعا والرئة مرتفعة الى اعلى من مزاحمة السيال وعدم نفوذ الهواء فيها واستفراغ السيال يعقبه نفوذ الهواء فى الصدر فيتسبب عنه دائما التهاب مستعص ذو صفات خبيثة فى الغشاء المستبطن للصدر اوصى المعلم دوبيترن لاجل منع هذا الضرر بان تبدل العملية المعتادة للامبييا بوخزات متعاقبة فى الصدر بواسطه بازلة مسطحة يوخز بها فى جهات من الصدر مرات عديدة فى ايام متفرقة بان ينتظر التحام الوخز الاول ثم يوخز بجانبه وخز آخر وهكذا حتى يخلو هذا التجويف من السيال وترجع جدرانه الى ذاتها وتنبسط الرئة تدريجا حتى تملأ المسافة التى كانت مشغولة بالسيال وهذه العملية التى تكون فى ازمنة اوصى عليها القدماء ايضا ويظهر انه يحصل منها نجاح فى الاستسقاء الصدرى اكثر من العملية المستعملة عموما ونتيجتهما واحدة وبعد فتح الصدر واستمرار دخول الهوا فيه زمنا طويلا تكبس الرئة على بعضها ولا يحصل الشفاء الا بتقارب جدران الصدر وانهزال الاجزاء المصابة والتحامها ببعضها وانسدادها واما عملية الامبييا فيندر نجاحها لا سيما اذا كانت الانسكابات صديدية او استسقائية عملية فى ازمنة متعددة

واما الثالث وهو سريان الهواء ويسمى الامفيزيما والانتفاخ الريحى وهو ورم رخو له قرقعة لا يتغير معه لون الجلد ولا يؤلم ينشأ من تجمع هواء فى النسيج الخلوى وكثيرا ما يقع فى آفات اعضاء التنفس وجروح العنق اما جروح العنق فيحصل فيها اذا لم يكن شق الحنجرة او القصبة موازيا لشق الجلد فان الهواء فى رد النفس يخرج من تفرق اتصال المجرى الهوائى ويسرى فى النسيج الخلوى لجميع البدن ويمدده شيأ فشيأ حتى تنتفخ الاصابع والايدى والارجل وسريانه فى جميع البدن لاتصال

منافذ النسيج الخلوى فى الجسم ببعضها واما جروح الصدر فيحصل فيها اذا كانت الرئة مجروحة لكن الهواء هنا عند خروجه من جوهر الرئة يملأ اولا تجويف الغشاء المستبطن للصدر ثم اما ان يخرج من جرح العضلات بين الاضلاع واما ان يحصل له موانع تمنعه عن نفوذه فى الاجزاء الظاهرة للصدر * فان حصلت له هذه الموانع فاما ان يتجمع فى باطن الصدر ويضغط الاعضاء المنحصرة فيه ويسبب للمريض اختناقا قريبا وهذه الحالة تحصل خصوصا اذا كانت الافة فى الرئتين معا وقد شوهد فى كسر الاضلاع ان شظاياها مزقت الرئة ونشأ عن ذلك اعراض من هذا القبيل بسبب تجمع الهواء فى الصدر ويعرف ان الانسكاب الباطنى فى الصدر مكون من هواء وليس مكونا من سيال بواسطة كون صوته كصوت الطبل عند القرع عليه وهذا يكون مصحوبا بتعسر فى النفس *

الهواء اما ان يتجمع فى باطن الصدر

واما ان يسرى فى النسيج الخلوى وهو الكثير فان الغالب ان الهواء يجد طريقا سهلا لخروجه من الصدر فيسرى تحت الجلد فيمدده ويبدد جميع اشكاله وينفذ فى كل جهة وربما اهلك المريض بمنعه الوظائف الرئيسة عن اتمامها والصفات الدالة على الامفيزيما ورم منتشر لامع غير مؤلم لا لون له يعود بالغمز عليه فلا يحفظ محل غمز الاصبع لكن يحس فيه مدى الغمز عليه بقرقعة تشبه قرقعة مثانة جافة عند التحامل عليها * ومداواة جميع هذه الافات تكون بتوسيع الجرح

واما ان يسرى فى النسيج الخلوى تحت الجلد

وتصيير حوافيه موازية لجدران القصبة او للمجرى الحنجرى القصبى ومعالجته معالجة لا يمكن معها نفوذ شئ من تحت الوضعيات فان كان الهواء النافذ يضغط الرئة بشدة فينبغى توسيع فتحة الصدر ان كان ثم فتحة او تفتح فتحة لتخرج منها قشور العظام وشظاياها اذا حصل العارض عقب كسر فى الاضلاع ثم يعالج الجرح معالجة مرتبة فتحصل الراحة سريعا وقد اعرضوا ان الاجزاء الاخيرة من الهواء تجذب بالالة الماصة ولكن هذا غير نافع واذا لم يتجدد الهواء فى الصدر ازيل ما هو موجود فيه بالامتصاص فترجع الرئة لانبساطها ووظيفتها والهواء السارى تحت الجلد يتلاشى من ذاته ولتسهيل ذلك يدلك المحل دلكا جافا او بسائلات مقوية محللة كالعرقى الكافورى والنبيذ وغيرهما ويستعمل نجاح الضغط على المحل

معالجة

بلفافة وكل من التشريط الخفيف والمحاجم يعين على استئصاله غير انهما لا ينفعان الا اذا كان لتعدد عظيما وفى هذه الحالة يستعمل ايضا التشريط الطويل الغائر ومن حيث انه فى نسيج متمدد جدا يصير شروطا صغيرة عقب خروج الهواء منه

السادسة تسوس الاضلاع وموتها وسرطانها

اعلم ان الاضلاع كبقية العظام معرضة للتسوس وموت العظم والداآت السرطانية وتزيد بانها انظر الجاورتها للغشاء المستبطن للصدر تصير ذا خطر شديد وتسوس الاضلاع يكون عن اسباب باطنية كالداء الافرنجي والخنازيري ويمكن حدوثه من الالتهابات الغلغمونية ومن الخراجات الحاصلة فى الاجزاء المجاورة للاضلاع وكثيرا ما يصدر من ضربة على الصدر او سقطة والعلامات الدالة على تسوس الاضلاع غير العلامات المخصوصة بالتسوس فتحة ناصورية او اكثر تكون فى الضلع المتسوس فينبغى مقاومة هذه الآفات باهتمام كلى فى كشف الاضلاع المصابة واستئصال الشظايا المتسوسة من العظام ان كان هناك تحجر والا كفى تحت موضع التسوس بالالة الناحتة او كيه بالحديد المحمى واذا احتيج لقطع جزء من العظم وجب بعد تخليص العضل من سطحه ان يقطع من امام الداء وخلفه بالمنشار الذى يشبه جانبه المحدب حد البلطة الصغيرة وتنتهى هذه العملية مع السهولة بتخليص ذلك الجزء واخراجه واذا كان الغشاء المستبطن للصدر حينئذ مصابا امكن ان يوصل اليه بهذا القطع كما فعله المعلم ريشيرن فى عارض اشتهر كثيرا وهذا الجراح الماهر نشر ثلاثة اضلاع واستأصل معها جزءا من البلورا وتعرى من ذلك الغلاف القلبى وعاش صاحبه ومشى ستين فرسخا بعد عشرين يوما وكان المريض جراحا شهيرا وهذه العمليه بقيت تعد فى مفاخر الصناعة ولا تذم الا من كونها تعمل بدون تحقق ازالة الداء بالكلية بواسطتها فانه بدون سبق تأكد زوال ذلك لا ينبغى ان يقدم على استئصال السرطان من البليورا

السابعة خراج الحجاب المنصف

النسيج الخلوى للحجاب المنصف قد يكون مجلسا لخراج ناشئ عن التهاب اولى حاصل فى النسيج الخلوى الذى فيه او التهاب تابعى وهو الاكثر حادث عن التهاب فى البليورا او فى التامور وهذا الخراج قد ينشأ ايضا عن رض فى القص او جرح فى الصدر والعلامات الدالة على وجود الم كامن غائر خلف القص وعسر فى النفس وخفقان وحمى وقشعريرة غير منتظمة سيما اذا كان عن داء فى التامور واعراض التقيح قد تظهر بسرعة وقد تكون بطيئة وفى كلتا الحالتين يأخذ الصديد مسيرا الى الخارج فتارة يتجمع نحو المعلقة الخنجرية وتارة بين الغضاريف الضلعية وتارة يكون خروجه من الجدران البطنية متتبعا لسير الشريان الثديى الباطنى وتارة يأكل جوهر القص ويرشح من الاجزاء الخلوية المكونة له وتارة يتسوس القص من نفس السبب المحدث للخراج فحينئذ تخرج المادة الصديدية من الفتحة المتسببة عن التسوس وفى هذه الاحوال المختلفة يتجمع الصديد تحت الجلد وتتكون الاورام المحدودة التى تنفتح من ذاتها وينشأ عنها الفتحات الناصورية والمعالجة الواجبة فى هذه الاحوال استفراغ السيال الصديدى المتجمع ومقاومة الاعراض الالتهابية واذا تكونت خراجات من تجمع الصديد فى الجهة الجانبية للقص او فى الفرج الكائنة بين الاضلاع او نحو المعلقة الخنجرية وجب فتحها واستخراج الصديد ثم يعالج تسوس القص المصاحب فى الغالب لهذا الداء واذا كان هذا الداء نتيجة داء افرنجى او خنازيرى ومستمرا بسببها عولجت هذه الامراض اولا من الباطن بالوسايط المناسبة لها

الثامنة تسوس القص

البنية الاسفنجية للقص مهيئة لوقوعه فى التسوس ومن حيث انه موضوع تحت الجلد بدون واسطة هو معرض للاسباب البادية القوية وتسوسه غالبا يحصل من الخراجات المكونة فى الحجاب المنصف فاذا كان التغير حاصلا فى سطحه الظاهر كشف بشق الجلد شقا لائقا حذاء الجزء المتسوس ثم استؤصل الجزء الفاسد منه بالمنقار او كوى بالحديد المحمى وفى هذه الحالة تنبغى زيادة المبادرة الى العملية

ولا يهمل مدة طويلة لئلا يسعى الالتهاب الى الاعضاء المنحصرة فى الصدر وان كان
التسوس متشبثا بالسطح الباطنى فينبغى اتباعا لجالينوس ان يثقب بالآلة
الثاقبة ولتتميم هذه العملية يكشف القص بشق الجلد شقا صليبيا او على هيئة
سبعة بالهندى هكذا ٧ وترفع الاهداب ثم قبل وضع تاج الثاقبة يفصل السمحاق
بالناحتة عن جميع الجزء المتسوس و تمسك بجميع ما يفعل فى عملية ثقب الجمجمة
فاذا وصل الى الجوهر الاسفنجى للقص وجب ان يكون العمل حينئذ بلطف ورفق
وخفة لئلا تنفرز قطعة من العظم فى الحجاب المنصف ولذلك اختار بعض الجراحين
بدل الثاقبة منشارا صغيرا كالذى يستعمل فى نشر الاضلاع فينشر بالجزء
المحدب منه الذى هو كحد البلطة وبعد تتميم العملية واستئصال القطعة العظمية
المتسوسة يميل المريض على الجانب المصاب ليسهل خروج الصديد ويدخل شريط
من خرقة مفسول الجانبين فى الجرح ليكون موصلا يخرج منه الصديد ثم يعالج
معالجة بسيطة والشريانان الثدييان الباطنيان الموضوعان على طول حافتى
القص ينبغى التحرس عن اصابتهما فاذا اصيب احدهما كما يقع ذلك كثيرا ربط
وضغط على ما ذكر فى ضغط الشرايين بين الاضلاع وكذا اذا اصيبا معا

الكتاب الخامس

فى آفات اعضاء دورة الدم وما يلزم لها من العمليات وفيه بابان

الباب الاول فى افات القلب والمذكور منها هنا اثنتان

الاولى جروح القلب

جروح القلب النافذة فى تجويفه مسرعة للهلاك دائما واما الوخزات الضيقة
المنحرفة الاتجاه فتمنع ان يخرج الدم باندفاق عند كل حركة من حركات هذا العضو
الانقباضية ولذلك ربما عاش المريض به زمنا ما وهذا العارض اكده سافيار
وروديوس وملبير وابجتوب وبوبيه ولتور وكثير من المعلمين وفى هذه
العوارض تكون علامات آفات القلب غير واضحة وينبغى ان تؤخذ من وضع

الجرح واتجاهه ومن تشوش حركات الدورة او بطئها ومن سرعة هبوط القوى العامة وغير ذلك والتشخص لآفات القلب دائما عسرا كيد لان الظواهر الصادرة منها قد تصدر من آفة غائرة او من اصابة وعاء غليظ منها والبطينان من حيث انهما متجهان الى الامام هما معرضان للآفات اكثر من الاذنين فاصابة الاذنين اندر من بقية اجزاء القلب وعند ذلك تعجز الجراحة * واستعمال الفصد الغزير وحده ربما امهل سير الاعراض واعطى للطبيعة وقتا تهيء فيه بعض دم يتجمد الى حالة بها تقدر على حبس النزيف ويؤمر المريض بالراحة الكلية وبالامتناع عن التكلم وبالوضعيات الباردة الملطفة والمحمضة ولا ينبغي الاستقصاء عن الجرح بمجس لان ذلك مما يوقع فى آفات بسبب ازالة الدم المتجمد المانع للنزيف

معالجة

الثانية مائية فى الغلاف القلبي وتسمى الاستسقا القلبى

اسباب استسقاء التامور هى نفس اسباب الاستسقاء فيكون نتيجة التهاب فى الغشاء المصلى المغشى لباطن التامور وهذا الالتهاب اما اولى او صادر من داء فى القلب او فى الرئة او فى الحجاب المنصف او البليورا واعراض هذا المرض كون لون الوجه بنفسجيا ولون الشفتين ازرق مائلا للسواد والجانب الايسر من الصدر بارزا مستطيلا من حذاء القلب وقلق وثقل متعب جهة القلب وصوت اصم فى تلك الجهة عند القرع وعسر تنفس شديد عند الاستلقاء الافقى وضربان خفى متواتر فى القلب وغشى وضعف فى النبض وصغر وتواتر وتداخل وعدم انتظام فيه واوذيما فى الاطراف ومن حيث ان هذا المرض من تعلقات علم الامراض الباطنة نقتصر هنا على الوسايط الجراحية اللازمة له فنقول اذا تحقق وجود سيال مصلى فى الغلاف القلبى للذى يقال له استسقاء ويقال له استسقا غلاف القلب فقد تعرض المريض الى هلاك سريع وكنت استعملت له جميع الادوية الباطنة التى تستعمل فى الطب لمثل هذا العارض من غير ان ينجح شيء منها واظن ان الاجود فتح هذا الغلاف المصلى للقلب وانه اولى من ترك المريض الى هلاك حقيقى وفتح التامور وان كان فيه خطر كما فعله جالينوس وبعض

الجراحين لكنه قد يرجى فى بعض الاحيان نجاح هذه العملية وهى على رأى المعلم سينال لا خوف فيها ولا خطر البتة * وكان يريد ان تتم بواسطة الالة البازلة بان يذهب بها فيما بين الضلع الثانى والثالث من الاضلاع القصية الشمالية بعيدا عن القص بقيراطين متجها بها من الامام الى الخلف ومن الوحشية الى الانسية خلف قاعدة العظمة الخنجرية وهذه العملية يظهر انها تعرض الاعضاء المهمة للحياة لافات ومن غير شك لم تستعمل قط * ودسولت شق من الجهة

كيفية دسولت

اليسرى بين الضلع السادس والسابع من الضلوع القصية فى عارض كان ظن به وجود ما فى الغلاف القلبى وبعد ان شق الجلد والعضلات ادخل الاصبع فى الجرح فادرك انه لمس القلب متعريا فى قعر الجرح وبعد ان مات المريض فتح فانكشف ان الداء لم يكن مائية فى الغلاف القلبى بل مائية صدرية متجمعة فى اسفل الجهة المقدمة من الصفاق المستبطن للصدر وانه لم يمس غلاف القلب * واما المعلم

كيفية اسكيل ديرب

اسكيل ديرب فاشار بوضع تاج المثقاب المنشارى على الجانب الايسر من الجهة الوحشية للقص وان يشق غلاف القلب من هذه الجهة وظاهر ان مثل هذه الكيفية مؤلمة ومضاعفة الخطر عن عملية دسولت ويخشى من عسر التحام جرحها ومن عسر خروج المادة المصلية المحصرة فى غلاف القلب من هذه الفتحة نظرا لوضعها المرتفع * والمعلم ريشيرن اشار بان تفتح امام القلب فتحة واسعة

كيفية ريشيرن

وان يشق غلافه المملوء من الماء بحيث يدخل الهواء فى الغلاف ويحدث فيه التهابا تلتصق به جدرانه ونحن لسنا على هذا الرأى ولا يمكننا ان نجتهد فى احداث التهاب حاد فى غشاء القلب لان ذلك مهلك قطعا بل ينبغى الاجتهاد فيما يمنع العارض * ونحن قبل ان نشق جدران الصدر كما يفعل دسولت نشد الجلد بقوة

كيفية المؤلف يحيين

الى اعلى ثم نفتح بوخزة صغيرة غلاف القلب وبعد استفراغ السيال منه نضم الجرح سريعا من غير واسطة بحيث لا ينفذ فيه الهواء اصلا وربما لم يحصل من هذه الكيفية شفاء استئصالى للداء كما يومله المعلم ريشيرن ولكن اعد نفسى من السعداء اذا حصل منها شفاء تسكينى لانه لابد فى ذلك من اطالة حياة المريض واكتساب زمن للطبيب يستعمل فيه جميع ما يكون كافيا فى تدارك الداء وفى ابطاء تجدده ورجوعه

الباب

الباب الثاني في افات الشرايين وهي ست

الاولى جروح شريانية

اذا انفتح شريان في جرح واسع في الاجزاء الرخوة تكون عنه اما نزيف واما انورزما كاذب فان حصل النزيف شوهد وثب دم احمر ناصع من فوهة ذلك الشريان وكانت وثبات خروجه موافقة لانقباض بطون القلب ثم النزيف يكون بحسب غلظ الوعاء وقوة وثب الدم تكون على حسب قربه من القلب * واذا انضغط على الشريان من اسفل الجرح لا ينقص من النزيف شيء وان ضغط عليه من اعلى الجرح اي فيما بينه وبين القلب وقف النزيف سريعا فبهذه الاحوال لا يحصل شك البتة ولا غرور في حقيقة هذه الافة

علامة جرح الشريان

وان حصلت الاورام الدموية المسماة بالانورزما الكاذب وسببها تمزق الشريان في وسط الاجزاء من رض شديد او من شظايا عظم انكسر او من آلات وخزية مسته حين اصابة الانسجة المجاورة له شوهد سريان الدم في النسيج الخلوي حيث لا يمكنه الخروج للخارج وتكون منه ورم صغر حجمه او كبر يسمى بالانورزما الكاذب اشبهه بالانورزما الصادق الذي هو تمدد الشريان بسبب انهتاك طبيعي في طبقاته فالكاذب هو الذي يكون فيه التمدد من سبب باد كالالات الواخزة * ثم ان كان الشريان عظيما وكانت فتحته واسعة بحيث يخرج منه دم كثير امتد ذلك الدم بعيدا وتكون منه تجمع عظيم يسمى عند الاطلاق بالاورام الدموية المنتشرة او الانورزما الكاذب المنتشر * وان كان بخلاف ذلك انحصر السيال لكونه لا يمكنه الخروج الابطئ في غمد الوعاء الذي انطبقت عليه الصفائح الخلوية ويتكون منه ورم كروي او مستطيل يسمى بالانورزما الكاذب المحدود وكل من هذه الاورام قد يكون اوليا وقد يكون تابعيا لكونها تحصل عقب الافات سريعا او بعدها بزمن ما * والاورام الدموية التي نحن بصددها سهلة المعرفة فانه ان ظهرت عقب آفة من الخارج وكانت على طريق

الانورزما الكاذب

اما منتشر

واما محدود

الصفات

شريان وجد فيها ضربان موافق لضربان النبض فى الزمن وكان الضغط عليها وعلى طريق الاوعية موقفا لحركتها فان كان الضغط اسفل منها لم يحصل منه ذلك بل وبما زاد فى جرمها * وتقاوم جروح الشرايين بالاشياء الباردة وبالجواذب والقوابض والمخشكرات وبالحديد المحمى والضغط واخيرا بالربط

معالجة النزيف

والجراحون النيماويون كثيرا ما يستعملون الاشياء الباردة لمقاومة النزيف ويتركون الجروح الجديدة معرضة للهواء ويبلونها بالماء البارد * والمبردات نافعة اذا لم يمكن استعمال غيرها وربما حصل منها بعض عوارض وينبغى ان لا تستعمل فى انفتاح الاوعية الغليظة بل تبدل بكيفيات أأمن منها *

بالمبردات

واما القوابض كالحوامض المعدنية الضعيفة والماء الشبى ونحوهما فلا تنفع الا فى النزيف الحاصل من الاوعية الصغيرة وتستعمل فى الغراغر والحقن عقب بتر الغلصمة وقطع زوائد المهبل وهذه الجواهر تهيج الانسجة ولا ينبغى استعمالها عندما تكون الاعضاء الحاصل فيها النزيف ملتهبة جدا لانه قد يحدث منها التهاب *

وبالقوابض

واما الجواذب ومنها القلفونيا والغاريقون الابيض ومسحوقات كثيرة واجسام اسفنجية فانها تستولى على الجزء الاكثر سيولة من الورم فتعين على تجمد الجزء الاخر فى فتحة الوعاء لكنها ضعيفة فلا تؤثر الا بواسطة الضغط الحافظ لها ولا يؤمن لها فى العوارض الشديدة *

وبالجواذب

واما المخشكرات كالشب وجميع الجواهر الكاوية ما عدا النار فكانت تستعمل كثيرا جدا فى معالجة النزيف وقد تركت الان لانها كانت جافة كان فعلها بطيئا واحتاجت لان تثبت بضغط شديد وهى تهيج الانسجة وتلهبها وتحمقها ولو بعد مدة بعيدة وان كانت مايعة سالت على الجروح وازداد الخطر ومع ذلك ففعلها غير كاف *

وبالمخشكرات

واما الضغط فاما ان يكون واصلا او غير واصل اى على المحل او بعيدا عنه فان كان على المحل فينبغى ان يكون على نفس فوهة الوعاء ويكون بجمع كرات من نسالة فى الجرح حتى تمتلئ ويكون الجمع على شكل اهرامى رأسه على فتحة الشريان وقاعدته تلى الجهاز الضاغط له * وان كان بعيدا عنه فلتوضع الالة الكابسة اوالة تقوم مقامها على طريق الشريان فيمتنع النزيف والضغط الذى

وبالضغط

يكون على المحل يتعب الجرح ويحدث المباشـديدا وكثيرا مالا ينفع لان الانسجة تهبط فيزوغ الشريان عن محله ويحدث الدم طريقا يسيل منه والذى يكون بعيدا عن المحل فى اى موضع كان من الاجزاء السليمة من طريق الشريان يزوغ عنـه الشريان سريعا ويدخل فيما بين الاعضاء ويسرى منه الدم فيها وينبغى لاجل سكون الضغط كافيا ان يكون بشدة عظيمة لكنه حينئذ تحدث منه مشقة ربما لا تحتـمل وقد يحصل منها خطر من وقوف الدورة فى العضو المضغوط *

ضاغطة دوبترن مفضلة عن الكبس

وضاغطة المعلم دوبترن مفضلة على جميع انواع المكابس لان فيها حركة انقباض وانبساط فلا تتعب الانسجة بخلاف المكابس فانها تتعبها عنـد هبوطها وهذه الالة هى الانفع فى نوع هذا الضغط *

او بالكى

واما الكى فهو احرى بكونه آمن الوسايط التى ذكرناها ولاجل اتمامه ينبغى ان ينظف الجرح باليد اليسرى وينشف ثم توضع كرة من نسالة على الوعاء لتمنع خروج الدم ثم تمسك الحديدة التى احميت فى النـار حتى ابيضت باليـد اليمنى ويكوى بها طرف الشريان والاجزاء المجاورة له حال رفع الكرة حتى تصيرها خشكريشة صلبة يابسة كافية لان تقاوم اندفاع الدم واذا تبين ان الكى الاول ليس كافيـا وجبت اعادته ولا ينبغى تأخير رفع الـكاوى حتى تذهب قوة حرارته لانه حينئذ ربما جذب الخشكريشـة التى احدثها وهذا الكى ينفع فى انفتـاح الاوعية الصغيرة فى المحال التى لا يمكن ربطها ولا ضغطهـا كما فى قطع قيد اللسان ونحوه والكى اذا فعل فى انفتـاح الشرايين الغلاظ كان غير كاف فان الخشكريشة عند سقوطها يعقبها فى الغالب النزيف ثانيا *

او بالربط

واما الربط فهو آمن واسهل من جميع ما يعمل لحبس نزيف الشريان واتمامه لا يحتـاج لاستعمال الابر كما كان يستعملها من تقدمنا فانهم كانوا يربطون مع الشريان الاجزاء الرخوة بل يمسك الجراح طرف الوعاء من سطح الجرح بملقـاط ويجذبه الى جهتـه برفق ويمسك المسـاعد خيطـا مشمعا مبطـا قليلا على حسب غلظ الشريان ويلفه على الملقـاط ويعقده عقدة لطيفة ثم يدفعها بطرفى ابهاميه جهة الشريان حتى يصل الخيط الى اجزاء الشريان فيشده عليه وينبغى ان يكـون الشد قويا لينحصر الوعاء حصرا شديدا وليحذر من ان يقطع الخيط

جدران الوعاء ثم يعقد عقده ثانية فوق الاولى تمكينا للربط ثم يضم طرفي الخيط ويضعهما على اميل زاوية من زوايا الجرح بعد ان يقطع منهما ما زاد عن قيراط بن خارج الجرح ولا ينبغي ذكر جميع منافع الربط فان كفايته وقلة الالم الحاصل منه وواحة الجرح مما يصيره مفضلا عما عداه * والربط لا يستعمل في احوال

احوال تمنع الربط

اولها اذا كانت جدران الشريان ملتهبة اومتفرقة اوفاسدة ثانيها اذا كانت الانسجة التي يكون فيما بينها الربط ملتهبة لان الالتهاب حينئذ يمتد دائما للطبقة الشريانية الخلوية فيسهل انقطاعها تحت الخيط فاذا انفصل بالخيط الطبقة الظاهرة فلا تتحمله الطبقة الوسطى ولا الباطنة بل تنفصل وتصير العملية غير نافعة فلذلك ينبغي دائما ان لا يكون الربط على سطح القروح والجروح الملتهبة المتقيحة بل يكون بعيدا عن محل تفرق الاتصال * والاورام الدموية عموما

معالجة الانوريزما الكاذب بالضغط

تستدعي الضغط او الربط فالضغط يصح ان يكون على الجلد من فوق فوهة الشريان فيمتنع خروج الدم وقد شوهد في بعض الاحيان الشفاء من ذلك وهذا النجاح قد حصل ايضا بالضغط من اعلا الورم بقليل ولكن هذه الواسطة كما ذكر مؤلمة وغير كافية وقد تسبب عوارض خطرة * والاجود منها ربط الوعاء

اوالربط

وينبغي له ان يفتح الورم ويستفرغ ما فيه من الدم ثم يستقصي على الشريان ليربط لكن العملية حينئذ تطول ويعقبها تقيح غزير وكثيرا ما يعسر او يتعذر كشف الوعاء من بين اللحوم المرضوضة الدامية الساترة له فلذلك كان الذي ينبغي ان يبقى الورم موكولا امره الى الطبيعة في امتصاص الدم المنتشر ويكشف الشريان من فوق الورم ليربط من محل سليم ثم يوضع على محل تجمع الدم وضعيات محللة فان الشفاء غالبا لا يعرض له مانع البتة

الثانية الانوريزما الصادق

الانوريزما ورم صغيرا وكبير يتكون من تمدد طبقات الشرايين واسباب هذا الداء كثيرة كسن الكهولة ودموية المزاج وصناعة الميكانيكا المستدعية لحركات عنيفة كالحمالين والدقاقين والمنادين والمؤذنين والمكثرين من رفع

الاصوات والصيحة والعزائم [illegible] من استعمال المشروبات الروحية والانفعالات النفسانية الشديدة وجميع ما يقوى الدورة ورض الشرايين الغليظة او الضرب عليها وداء الافرنجي والقوبا فكل من هذه الاسباب يضعف جدران الشرايين او يجرحها او يلهبها فانه لاشك ان الاورطى فى الشيوخ تتسع وتصير غير قادرة على تحمل دفعات الدم [illegible] ويكون من ذلك فى بعض شعبها حوية كبيرة الحجم او صغيرته من غير ان يكون فى جدرانها اثر تغير وتنسب لهذا السبب ايضا الانساعات المحدودة التى توجد فى بعض الشرايين تشبه رؤس الفجل اذا انقسمت طبقاتها على هيئتها وتسيجها الاصلى ولكن [illegible] هذه الآفات [illegible] الناشئة عنه لا تصير كبيرة الحجم اصلا والغالب ان الانواع الانوريزمية التى توجد فى المصابحات انما تنشأ من التهاب مزمن فى جدران الشرايين ينشأ عنه تغير فيها وهذا الالتهاب متسبب اما عن اسباب باطنة او عن آفات خارجية فتتقرح جدران هذه الشرايين ولا يمكنها ان تتحمل الدفعات الجانبية للدم فتتسع وتتمزق ويتكون فى احدى جهات الوعاء فتحة قل اتساعها او كثر والطبقات التى يحصل فيها هذا التآكل والانفجار هى الطبقة الباطنة الوسطى واما الطبقة الخلوية فتبقى سليمة لكنها تتسع وتحفظ الدم الذى يحصل منه الورم * والاورام الانوريزمية [illegible] ان تشتمل على حركات [illegible] لا تكون بانتفاخ [illegible] بل بتعاقب حركتى الانقباض والانبساط فى جدرانها الموافقين لحركتى الانقباض والانبساط فى الشرايين واذا ضغط عليها صغر حجمها وزال بالكلية اذا كانت جديدة اى كان الدم غير متجمد ويزول بعضه اذا كان بعضه متجمدا وكثيرا ما يحس فيها بازيز حاصل من نفوذ الدم فيها واذا انضغط على الشريان من تحت الورم اشتد وصار صلبا وظهرت حركاتها اكثر وازداد حجمه واذا ضغط عليه من فوقه زال الضربان من الورم وهبط ولان وظهر كانه زال جزء من السيال المالى له

صفات الانوريزما

تشريح جراحي

قد ذكرت ان عدة قليلة من انواع الاينوريزما تنشأ من ضعف طبقات الشرايين وانشاعها وان هذه الاورام سواء بقيت صغيرة اوازداد حجمها سبب لتمزق الطبقتين الباطنة والوسطى اللتين للاوعية وان اغلب الاحوال تكون فيها هذه الاغشية فى اول الامر متهيجة وملتهبة وان الورم دائما ينشأ من تأكلها وانفجارها فلزم من ذلك ان يكون للكيس الاينوريزمى دائما غلاف اولى هو الطبقة الظاهرة للورم وهذا الغلاف الذى هو غشائى يتسع تدريجا ويبعد الاجزاء المجاورة له ثم تنطبق على سطحه الصفائح الخلوية المحيطة به وكلما ازداد حجم هذا الورم ضغط الاجزاء المجاورة له ورققها واوهنها حتى ان العظام لا يمكنها ان تتحمل فعل هذه الاورام المهلك فيحصل فيها تحول عظيم قل غوره او كثر فاذا استقامت الاينوريزما زمنا اتسع الورم دفعة واحدة فيصير حجمه فى زمن قليل مضاعفا عما كان وهذا الاتساع يحصل من غير شك من تمزق لفافة الورم الخلوية ومن كون الكيس الاينوريزمى صار مكونا من اجزاء عديمة القدرة على تحمل دفعات الدم ثم ان الدم قد تصير حركته فى الكيس الذى هو منحصر فيه بطيئة فيتجمد وتتكون منه طبقات ليفية تغطيه وكلما قربت من دائرته الظاهرة ازدادت فى الكثافة واما من خصوص فتحة الوعاء فان اتساعها يكون كبيرا وصغيرا وغالبا يكون فيها اثر تقرح والجدران الشريانية تكون غالبا فى هذا المحل غضروفية او عظمية وربما تكون استحالت الى نسيج شحمى اصفر * وجميع انواع الاينوريزما تميل الى الزيادة الى ان تصير تحت الجلد او تحت الغشاء المخاطى فتمدد هذه الاجزاء وتسبب تكوين خشكريشة يحصل عند سقوطها نزيف دفعى فعلى هذا تنفتح اينوريزما الاطراف فى الخارج واينوريزما الاورطى فى شعب القصبة والمرئ والاجزاء المجاورة لذلك * وقد يتفق ان الانسجة التى احتكت بالاينوريزما وتمددت تلتهب ويتكون فيها خراج امام الكيس الدموى الذى ينصب دمه فى التجويف الصديدى اى الخراج وقد شوهد فى بعض الناس ان الكيس انفجر والدم كون امامه كيسا او اكياسا اضافية تشبه الاينوريزما الكاذب المحدود

انتهاء الاينوريزما

تكون الخراج امام الاينوريزما

معالجة الاينوريزما

اعلم ان من الاينوريزما ما يشفى من ذاته اما عقب التهاب شديد امتد الى الشريان
وسده، واما عقب غنغرينا لم تكن اصابت الكيس الغير الطبيعي فقط بل مع نفس
الوعاء ايضا وكيفية حصول هذا الشفاء ان الاينوريزما في بعض الاحوال يكون
وضعه بحيث اذا كبر ضغط الوعاء من فوق اصل الكيس واوقف حركة الدم عنه
وان الكيس الاينوريزمي في آخر الامر يمتلي كله دما متجمدا ليفيا ويصير لا يقبل دما
ما ثم يصغر حجمه ويتصلب ويزول من نفسه اي بواسطة الامتصاص كما شوهد
ذلك ولكن هذا نادر جدا واما بقية انواع الاينوريزما فدائما يتسبب عنها في حال
ازديادها العوارض الخطرة جدا وتتعب حركة الدم ويتسبب عنها غنغرينا
الاطراف وهلاك المريض * والذي يستدعي عمليات الجراحة من انواع
الاينوريزما هو الظاهر وحده ويقاوم بالمبردات والضغط على نفس الورم
اوفوقه او عليهما معا في وقت واحد او بالعملية لكن طريقة المعلم والزوا في معالجة
الاينوريزما ان يبتدئ بفصد غزير يكرر في كل ثلاثة ايام او اربعة او اكثر على
حسب اشتداد العوارض حتى تتناقص ضربات القلب وترجع الى حالتها
الطبيعية وينقص الغذاء تدريجا حتى يكون من ست اواق الى ثمان بحيث يكون
غذاء المريض كافيا لحفظ حياته فقط ويلازم في هذه المدة الراحة والسكون في
فراشه ثم بعد زوال هذا الداء بعض اشهر يزاد له في الغذاء تدريجا ولا يرد الى معيشته
الاعتيادية الا بعد سنة كاملة وتنفع هذه الطريقة في الاينوريزمات الباطنة
واينوريزما القلب او الاورطى واما اينوريزما الاطراف فينبغي ان يختار فيها
كون المعالجة بالاكثر على المحل وبالاقوى فعلا * وينبغي في الانتصاب لمعالجة
الاينوريزما الانتباه الزائد وذلك بان تلطف قبل المعالجة قابلية التهيج الغريزي
في الانسان وقوة حركة الدم التي كثيرا ما تكون في بعض الناس شديدة بالمشروبات
الملينة والحمية الكلية والراحة والاستفراغات الدموية تدريجا وهذه هي المعالجة
الباطنة العامة المضادة للالتهاب واما وضع الجليد المكسر والثلج والسائلات
الباردة فقد اوصى على استعمالها اطباء كثيرون واستعملوها بنجاح ولكن وضعها
عليه ما شديدا غير محتمل لبعض الاشخاص وهي لا تنفع اصلا في الاورام الكبيرة

واما بالمعالجة باحد ثلاثة اشياء

الاول مضادات الالتهاب الباطنة والظاهرة

الجسم ولا عندما يكون الجلد ملتهبا واذا استعملت فى الاحوال التى تستدعيها
فينبغى ان يكون استعمالها مستدا ما زمنا طويلا ومع هذا فنفعها مشكوك فيه

الثانى الضغط على نفس الورم

• واما الضغط الذى كان يعمل على نفس الورم بالآلات المخترعة من بعض الجراحين
كالمعلم ارنو وفو بيرو وهنتر فغير كاف فى حبس دورة الدم عن الورم فلذا تركت الآن
لكن ينبغى ان يستعمل فيما اذا كان الذى يعمل على الشريان اسفل الورم مضرا
وكان كل من الالم والاحتقان فى العضو المتسببين عنه موجبا لتركه ويستعمل ايضا
فيما اذا كان الورم جديدا صغير الحجم والضغط من اسفل الورم وان كان فيه ما ذكر
لكن ينبغى تجربته فى الانوريزما المينوس من شفائه الكائن فى الشريان تحت

وعليه وعلى ما فوقه

الترقوة وفى الحرقفى الظاهرى) والمعلم بجوتان كان يستعمل طريقة مرتبة احسن
من الضغط وهى انه كان يغطى الورم بنسالة وبرفادة سميكة تتصالب عليه ثم يمد
رفادة طويلة سميكة على طريق الشريان من اعلى الورم الى ابتداء العضو ثم يشد
عليه لفافة شدا معتدلا تثبت هذا الجهاز وكان يبلها كثيرا بماء وخل او بسيال
بارد قابض ولاجل ان يمنع استطالة الجهة التى تحت الورم كان يضع رفادة
درجية تمتد من اصابع اليد او الرجل الى الورم وذلك قد نفع ولكنه غالبا
غير كاف ومع كونه مشتملا على الراحة العظيمة والمعالجة الدقيقة ربما كانت
تحصل منه الغنغرينا بسبب ضغط الشرايين التى على جوانب العضو وهذا ولابد
قبل استعمال هذه الطريقة من توسيع الشرايين الجانبية لاجل ان يجرى الدم
فيها وذلك يحصل بواسطة المكبس او آلة ديويترن على نفس الورم وربما يحصل

او على ما فوقه

من ذاته واما الضغط من فوق الورم فغايته ان تنطبق جدران الشريان
على بعضها وينشأ منه التهاب التصاقى يسد الوعاء والمعلم فريرجرب فى الخيل
ضغط الشريان الكعبرى فرآه سبب فى اربعة ايام تجمع اليفا ويا تجمد بواسطة
الالتهاب حوالى الوعاء وفى اغشيته حتى زال فضاؤه وصار غير قابل لان يدخل فيه
شىء ولكن قد جرب هذا فى البشر فلم ينجح فيهم مثل الخيل ولعل ذلك اما لان التهيج
الالتصاقى يظهر فى الخيل اكثر من البشر او لان شدة الضغط التى تحملها الخيل
لا يمكن ان يتحملها البشر والجراحون الانجليز الذين استعملوا هذا الضغط

كثيرا

كثيرا يقولون ان الضغط الذى يكون بهذه الشدة مؤلم جدا وقد اضطر كثير
من الجراحين لتركه فى مرات كثيرة والمعلم دوبيترن شاهد زوال الضربان بالكلية
فى انوريزما مابضى بواسطة ضغط استمر خمسة ايام على الشريان الفخذى بالالة
المخصوصة به وهذا الضغط نافع ويستعمل فى حوادث كثيرة لاجل منع العملية
اولا جل تهيئة نفعها لانه يعود الدم على اجتيازه فى الفروع الجانبية واذا كانت
عملية الربط غير ممكنة اخر الضغط تقدم الورم وربما اشفاه فان المعلم ورديه وهو جراح
فرنساوى فعله مع النجاح فى الشريان الحرقفى الظاهر من رجل كان مصابا
بانوريزمات كبيرة يظن ان لا يعمل فيها عمليات * وحيث منعنا خطر
ماذكرناه من الضغط والكى وغيرهما وعدم كفايته عن ان نعتمد عليه وجب
الاستقصا فى العمليات الجراحية عن عملية تكون آمن وانفع فى مقاومة
الانوريزما وهذه العملية تعمل على قاعدتين مختلفتين فعلى موجب القاعدة

الثالث العملية

القديمة من بعد ايقاف جريان الدم بواسطة الضغط عليه يفتح الورم ويستفرغ
مافيه من الدم المتجمد والليفية المنحصرة فيه ثم يكوى الشريان المنفتح اوتضغط
فوهته اويربط برباطين احدهما من فوق جداره المتمزق وثانيهما من اسفله
فالكيفية الاولى استعملها القدما والمعلم سبتيه استعمل الكيفية الثانية
فى انوريزما الشريان الفخذى والكيفية الثالثة بقيت مستعملة الى زماننا
هذا وينبغى فى وقت العملية ان يكون المريض موضوعا على هيئة يكون معها
كل الورم مكشوفا وظاهرا ثم يوضع مكبس على الجهة العليا من العضو ثم تشق
الاجزاء المغطية للورم طولا مع التحرز عن اصابة الاعصاب والاوتار والاوردة
وكلما انفتح شئ من الشرايين الصغيرة ربط ثم يشق الكيس نفسه ويستفرغ جميع
ما انحصر فيه وينظف من الدم باسفنجة ثم يفتش على فوهة الوعاء فاذا وجدت
ادخل معها فى جوفه ميل من اسفل الى اعلى وهذا الميل وجدران الشريان
المغطية له يمسكها الجراح فيما بين الابهام والسبابة من اليد اليسرى ويرفع الشريان
اويبعده عن الاجزاء المجاورة له ثم يأخذ ابرة منحنية ويهديها على الاصابع الحافظة
للوعاء ويضع بها من فوق الفتحة الشريانية الخيط المشمع الاول الذى يشد ثم يضع

من اعلى ذلك بتقليل الرباط الاحترامى ويسمى الانتظارى ايضا وهو الذى يبقى سايبا والمعلم كيزلير انتهى العملية الى هنا فى سنة ١٦٤٤ مسيحية وبعده حدثت طريقة اخرى هى ان توضع رباطان اخران من تحت الفتحة الشريانية احدهما مشدود والثانى انتظارى وهذه هى العملية القديمة ولا ينبغى ان نتكلم على كيفية المعلم باولو ديرتيا الذى كان اوصى باستئصال الورم بعد ربط الوعاء من فوقه ومن تحته والمعلم جيلوراى رأيا حسنا حين ربط الشريان العضدى فانه قبل ان يفتح انوريزما كانت فى مابض المرفق استحضر طريقا للقاعدة المستعملة الان * والعملية القديمة لها عيوب اولها انه يعسر عملها لاسيما اذا كان هنالك خراج مغطى للورم او اكياس كثيرة او كانت جدران الانوريزما ملتهبة او سميكة اوليفية ثانيها انه قد يضطر فيها كثيرا الى وضع الاخيطة فى المحال القريبة من الافة وكثيرا ما يكون فوق جزء الشريان الذى صيره الالتهاب سهل الانفصال تحت الربط وهذا يكون السبب الاقوى للنزيف التابعى ثالثها انه لابد وان يحدث التهاب ممتدغائر وقد يكون خطرا ويعقبه تقيح غزير تطول مدته وكثيرا ما تحصل مشقة فى تحريك العضو فهذه هى عيوب القاعدة القديمة وليس فيها اوجه نفع تقاوم هذه العيوب * وقد ندب المعلم انيل فى انوريزما كان فى مابض المرفق حصل فى رجل فصد فاصيب الشريان وحصل هنالك انوريزما كاذب فربط الشريان من فوق الورم من غير ان يفتحه وابدع القاعدة التى اختارها بعده دسولت وهنتير واغلب جراحى هذا الزمان وينبغى ان تنسب هذه القاعدة لمؤلفها وشرطها المختص بها ان يكون ربط الوعاء فى محل بعيد كثيرا او قليلا عن الانوريزما من غير ان يفتح الورم والامور الاتى ذكرها تهدى الجراح الى استخارة المحل الذى ينبغى ان يكون فيه الربط وهى انه ينبغى اولا ان توضع الاخيطة فى محل بعيد عن الورم لاجل ان تنشد على جزء سليم من الشريان ولئلا يمتد التهاب الجرح الى جدران الكيس وثانيا ان لا تترك فيما بين محل الربط والانوريزما فروع جانبية لانها غير نافعة فى اعادة الدم الى دورته الاصلية واذا رجع الدم فى الوعاء ربما ابقى ضربان الورم وثالثا وهو الاخير

عيوب القاعده لقديمة

الثانية قاعدة انيل وتكون بربط الشريان بدون فتح الكيس

ان لا يكون الربط من تحت منشأ فرع عظيم بالقرب منـه لانه حينئذ لا يمكن
ان يتكون فى الوعاء دم متجمد فاذا سقطت الاخيطة فلابد ان يتبعها نزيف ثان

ما يجهز للعملية

* وينبغى لاتمام عملية الانوريزما ان يجهز مشرط محدب ومشرط مستقيم ومجس
قنوى لاحاجزله وميل ابرى لين واخيطة مشمعة واسفنجة ومجرة وان يوضع مكبس
على الجهة العليا من العضو ليقف جريان الدم * وينبغى ان يوضع المريض على

وضع المريض

هيئة تكون فيها الجهة التى يمسكها المساعدون مكشوفة كلها مرئية بواسطة
ضوء والجراح يقف على ما ينبغى ويشق الجلد المغطى للشريان شقا على حسب
اتجاه الشريان وبعده على قدر غور الشريان ثم يشق النسيج الخلوى تحت الجلد
باحتراس على قدر الشق الاول ثم يبعد العضلات ان امكن والاشقت العضلات
ايضا وهو نادر وتبعيد العضلات وغيرها لا يكون بمشرط بل بنحو ملوق او بالاصبع
ويبعد مع العضلات الاعصاب وبقية الاجزاء المهمة حتى يصل الى غمد الشريان
وكل ما انفتح من الاوعية يربط سريعا والمساعد الواقف امام الجراح يكون قد نظف
الجرح باتقان ثم يفتح الجراح بعد ذلك اللفافة الخلوية التى تضم الشريان مع الاوردة
والاعصاب المجاورة له اما بسن المشرط او على المجس القنوى بان يخدشها خدشا
لطيفا ثم يدخل فيها المجس ويشقها على قناته لئلا يصيب شيأ من الاوعية المذكورة
وبعد ان ينكشف جزء كبير من الشريان وينعزل وحده يشرع فى الربط وقد كانوا سابقا
يضعونه بواسطة ابر روسها محددة وجوانبها قاطعة تحيط بالشريان وقد عرفت
ان ذلك عديم النفع فان الشريان الذى يقصد ان ينحصر فى عروة الرباط قد انفصل
من الاجزاء المجاورة له وصار منعزلا بفتح اللفافة وايضا فان هذه الابر ربما تضر
فانها عند اتجاهها فى عمق الجروح الضيقة الغائرة يخشى منها وخزا وتمزيق
الاورده والاعصاب المحيطة بالشريان او الشريان نفسه ومثلها الابرة ذات
اليد التى تسمى ابرة ديشان فينبغى تركها ايضا لان فعلها فى اتجاهها ليس
سهلا وليست اقل خطرا من الابر المتقدمة البسيطة وكذا ابرة دسولت التى هى
ابرة فيها بعض لدونة بحيث ترجع على نفسها ومحصورة فى غمد مبطط تخرج
الابرة منه بواسطة الضغط عليه وعمها قريب الى سنها فهى كالسابقة فى كونها

ذات سن وقاطعة من الجانبين وتركت عند ممارسة الاعمال بسبب تركيبها
واخترعت ابر اخر كثيرة التركيب اكثر مما سبق وتركت لذلك * وكذا الابرة
المكونة من نصل من فولاذ مبطط عرضه جزآن من قيراط وطوله قيراطان
وطرفه مقوس ككالهلال وفي قرب طرفه ثقب صغير ينظم فيه الخيط وطرفه
الثاني متصل بيد تشبه يد مشرط التشريح وهذا النصل لاسن له ولا تحديد في
جانبيه ويستعمل كثير من الجراحين في ربط الشرايين بجميع هذه الابر
تركت وابدلت باستعمال المجس القنوي والميل الابري فالاول ينبغي فيه ان
يكون منحنيا من جهة قناته بقدر ما يناسب غور وضع الشريان فيذهب
بطرفه تحت الوعاء وينفذ في قناته طرف الميل الابري الذي ينبغي ان يتقوس حتى
يكون كنصف دائرة لتسهيل دورته حول الشريان بعد ان ينفذ في ثقب ذلك
الميل الخيط الذي يخرج منه بسهولة عند ما يكون قد وصل الى الجهة الثانية
من الشريان وهذه الكيفية بسيطة وسهلة ومامونة * واما المعلم اسكاربا فكان
يستعمل ابرة من فضة عريضة مبططة لينة لاسن لها فكان ينفذها من تحت
الشريان ويجذب منها الخيط الى جهته * واذا انحنى بعض المجس القنوي او الميل
بعض انحناء امكن ان يربط به جميع الشرايين من غير عسر زائد وكثيرا ما يترك المجس
ويذهب بالسبابة اليسرى في الجرح ليتناول بها طرف الميل المنحني المنزلق تحت
الشريان موجها الى الخارج وينبغي ان يكون في هذه العملية من غير طفر
وينبغي للجراح بعد وضع الرباط وقبل شده ان يتأكد انه محيط بالشريان بان يضم
طرفي الخيط في اليد اليمنى ويشدهما الى الخارج برفق ثم يضع السبابة اليسرى
في عروة الخيط المتكونة في عمق الجرح فوق الشريان فاذا ابطل هذا الشد الضربان
الذي في الانيوريزما فظاهر ان الشريان انحصر ولم يبق الا ربط الخيط بواسطة
عقدة بسيطة وعقدة ثانية فوقها لزيادة صيانتها * وعلى موجب كتاب
العمليات يكون وضع انواع الربط في جميع الاحوال هكذا ولكنه قد حصل
فيها تنوعات كثيرة الاهم منها نوضحه هنا فنقول ان بعض الناس ومنهم المعلم
اسكاربا رأى ان تبطيط جدران الشرايين عند الربط يمنع انفصالها سريعا وربما

ابرة بيد لاسن لها

المجس القنوي والميل الابري

ابرة اسكاربا

المجس وحده قد يكفي

تنوعات في عملية الربط

الاول لربط المبطط

كان

كان كافيا فى منع النزيف من انواع الربط الشديد المعتاد لجراح باويا كان ينفذ فى اول الامر تحت الشرايين شريطان من خيط مشمع عرض كل منهما قدر قمحتين يضع احدهما بجنب الآخر ويعقدهما على اسطوانة من قماش اومن ديا كاون طولها نصف قيراط توضع طولا على الجهة المقدمة من الشريان والمعلم اسكاربا رأى بعد مدة انه يكفى رباط واحد وان يقصر طول الاسطوانة واما المعلم ييرسى فكان بعد ان يحوط الشريان بشريط مبطط من رصاص ويكبسه عليه يحصر ذلك الشريان بجفت على فردته صفيحتان صغيرتان متحركتان وذلك الحصر يكون بواسطة زرنافذ فى طول الآلة ليمكن ان تنقلب على احدى زاويتى الجرح والمعلم ديشفب كان يضع كابسة الشريان لتبطط الاوعية والمعلم اسليبى اختار عاصرة العقدة التى اخترعها وهذه الكيفيات لا يقاوم شئ منها كيفية المعلم اسكاربا الذى هو مقبول فى جميع الايطاليا وفرانسا وعند المعلمين لوبه وروسيه * والجراحون الانجليزيون على خلاف ذلك لانهم رأوا ان طريقة انسداد الشرايين المربوطة تكون سريعة ومأمونة على قدر ما يكون فصل الاخيطة للغشاءين الباطنين من تلك الشرايين فاستعملوا بدل الاخيطة والاشرطة التى هى من الخيوط المشمعة اربطة رقيقة متينة اسطوانية مثل التى تكون من اخيطة ثم ان المعلمين اتراويرس ولورنس رأيا انه يمكن حصر الاربطة فى الجرح بدون ضرر واجتهدا فى ان يصيراها قابلة للتغير والتلاشى مع الجواهر الحيوانية بواسطة الامتصاص لكن فى هذا ان الاربطة المتخذة من امعاء الهرة واوتارها واخيطتها العصبية اومن الحرير المستعملة فى ذلك كثيرا ما ينشأ عنها خراجات فى الاعضاء مع كونهم كانوا يقطعون بعد ربط الوعاء اطراف الاربطة من قرب العقد ولم يبقوا منها فى الجرح الا قدر بعض قمحات وهذه الكيفية استعملها المعلم رو فى باريس ولم يحصل منها فى الغالب نتائج جيدة * والمعلمون دبوه وسربه وفريسليه جربوا انسداد الشرايين تدريجيا بحصر الاخيطة المحيطة بها شيأ فشيأ بعاصرة العقدة وقد شفى بهذه الكيفية مرضى كثيرون غير انه ظهر فى شخص نزيف مهلك فى اليوم الثامن عشر من العملية

الثانى الربط الضيق او الحلقى

الثالث عصر الشرايين تدريجيا بعاصرة العقد

والذى تحسن عندهم حتى اختاروا هذه الكيفية انها تعطى وقتا للدورة الدم حتى يأخذ له طريقا فى الشرايين المجاورة للانورزما قبل ان تحبس دورة الدم فى الوعاء الانورزمى ولكن ربما صحب هذا النفع خطر التهاب الشريان الذى يظهر فيقرح جدران الوعاء ويصيرها رقيقة جدا الا تحمل الربط بدون ان تنفصل اوتنهتك ✻

الرابع الربط الوقتى

وقد شاهد الحكيم يونس جراح انجليزى ربطا مستديرا محصورا على شريان ازاله حالا فوجد انه احدث اشتغالا التهابيا وانسكابا لينفاويا ونشأ عن ذلك انسداد الوعاء والمعلم اتراورس جراح انجليزى ايضا حصلت معه هذه النتايج نفسها بواسطة ربط استقام ست ساعات فقط ولكن المعلم بكار الذى استعمل تجريبات الجراحين الانجليز مرات عديدة شاهد ان دورة الدم ترجع لاصلها فى الاوعية التى يستمر ربطها زمنا اطول مما ذكر ومع هذا فالربط الزمنى اختير كقاعدة عامة فى ايطاليا من معلمين منهم اسكاربا ومنراروبا الليتا واشيلى وصولره وغيرهم وكان هؤلاء المعلمون يزيلون بعد ثلاثة ايام او اربعة فى الاشخاص الاقويا وبعد خمسة ايام او ستة فى المسنين والضعاف الربط العريض والازرق القروية الاسطوانية الحافظ كل من ذلك لضغط الشريان وظهر لهم بذلك تقدم الاشتغال الانضمامى للوعاء جدا وكانوا يضمون شفتى الجرح من غير واسطة واما المعلمان المتقدمان دبوة ولريه فقد شاهدا فى عصر الشريان تدريجا بواسطة عاسرة العقدة ان الرباط لم يستقم فى محله الا نحو ستة ايام ✻

الخامس ربط الشريان من محلين

واما بترا الشريان بالعرض فيما بين رباطين الذى كان يستعمله القدما فقد تبين للمعلم تنون انه كاف فى نجاح عمليات الانورزما لانه ظن انه اذا قطع الشريان فيما بين رباطين اعلى الانورزما كان حصول النزيف نادرا بسبب ان طرفى الشريان المنفصل يتقلصان فيختفيان فى النسيج الخلوى وقد اخذ هذه الكيفية المعلم منواروند بها لنفسه ولكن الامتحان برهن على ان انفصال طرفى الشريان بعد بتره لا ينفع فى منع رجوع النزيف ثانيا فاذا لك لم تستعمل هذه العملية فى فرنسا ابدا ✻

ربط انتظارى

وقد كان يظن الى يومنا هذا ان الرباط ربما قطع جدران الشرايين بسرعة فاقتضى ذلك ان يوضع من اعلى الربط اخيطة اذا انحصرت عند الحاجة منعت هذا العارض ولكن الامتحان

الظهر ان هذه الاربطة الانتظارية يحصل منها التهاب الشرايين وامتداده بعيدا وتقرحها بسببه انها اجسام غريبة فيحدث النزيف الخرف واذا مال الدم في هذه الاحوال لا يعتمد على هذه الاربطة لان الجزء الشرياني الذي هي محصورة عليه متآكل او ملتهب ففعلها فيه حينئذ غير كاف ولذا ترك الجراحون الحاذقون المدركون لتقدم الصناعة هذه العمليات الخطرة واذا احدث نزيف تابعي كشفوا الشريان وربطوه من اعلى الجرح في محل يكون سليما فتتم العملية بنجاح

حكومة على هذه التنوعات

اعلم ان القاعدتين العامتين اللتين هما الربط المبطط والربط الحلقي للاوعية لم تكن احداهما اعلى من الاخرى الا ان الاولى اطول زمنا واكثر مضاعفة من الاخرى فان بها ينحصر في الجرح اجسام غريبة تتعبه وكثيرا ما تسبب تآكل الشرايين من اعلى محل الضغط كما شاهده الجراحون الانجليزيون وهذه القاعدة لا تنفع بالاكثر الا عندما تكون جدران الشريان الذي يراد ربطه مصغرة او مستحيلة الى حالة غضروفية او عظمية وحينئذ فربما حصل من ذلك خطر بالربط الضيق وقطع طبقات تكون تغيرت الى تلك الحالة ولهذا السبب نفسه ينبغي في هذه الاحوال ان يشمل الربط الغليظ الخلوي المحيط بالوعاء واما الاربطة العريضة والمستديرة الموضوعة حول الشرايين فتؤثر فيها كسائر الاخيطة الاسطوانية الكبيرة الحجم او الصغيرته وينبغي التمسك في عملية الانورزما بامور. الاول ان لا يكون الربط الا في المحل السليم من الوعاء الثاني ان لا يكشف زيادة عن ما لا يحتاج اليه في تنفيذ الاخيطة الثالث ان لا تشد هذه الاخيطة شدا كافيا لقطع طبقتي الشريان الوسطى والباطنة من غير ان يحصل في الطبقة الخلوية حصر زائد الرابع ان تكون الاربطة بعيدة بمسافة مناسبة عن الانورزما وعن منشأ الفروع الجانبية القريبة جدا الى الانورزما بحيث تقطع الدورة في طرف الشريان المربوط فيسهل تجمده الخامس ان لا تدخل في الربط الاوردة

و الاسباب السادس ان يحترز من وضع اربطة انتظارية او اجسام غريبة
لانه ينشا عنها تديم الالتهاب وتقرح جدران الشريان ومن حيث ان الاربطة
او الاجسام غريبة فينبغي فيها ان تكون قليلة الحجم ما امكن وان يقطع احد طرفي
الخيط فاذا حصل التمسك بهذه الامور تمت جميع الشروط الكافية فى الامن على
العملية ونجاحها) ويكتفى فى انواع الانيورزما وجروح الفروع الشريانية القليلة	وربط واحد كاف فى العادة
وضع ربط واحد على الوعاء من فوق الآفة لان الدم لا ياتى فى الجزء السفلى من
الشريان بدفعة شديدة ولا بكثرة حتى يبقى الورم او يحصل نزيف مخوف ولكن
اذا كان محل الآفة شرايين الوجه او الساعد او الكف او الساق او القدم فلا يكفى
ربط واحد لكثرة التفممات فيها بل ينبغي دائما ان يكشف الوعاء ويربط من اعلى
الآفة ومن اسفلها ليمتنع رجوع الدم فى الانيورزما من اسفل الى اعلى ويضطر
لكون الربط حينئذ اقرب الى الانيورزما لئلا ينزل فيما بينه وبين الربط فروع
جانبية تصير هذه العملية غير نافعة ويلزم التمسك بهذه الشروط ما امكن لا سيما كلما
كانت الآفة قريبة من اواخر اطراف البدن ومنتهى تفرع الشرايين وظن كل من
المعلمين براردور ودسولت انه لا يصح فى بعض انواع الانيورزما الربط اعلى الورم
ورأيا ان الشفاء لا يحصل الا بانسداد الوعاء من اسفل الورم وقد عملت العملية على
هذه القاعدة لمريض فظن المعلم فيرنيه انه يصح الضغط من تحت الانيورزما
قياسا للضغط على الربط ولكن جميع هذه الاجتهادات عديمة النجاح والامتحان
برهن على ان الموانع الموضوعة من فوق الاورام الانيورزمية لتمنع سير الدم
غايتها انما ايقاف هذه الاورام عن ازديادها سريعا وعن صيرورتها مهلكة
* واذا وضع الرباط فوق الشريان تكون منه فى اول الامر فى ظاهر الوعاء شبه	الظواهر التى تحصل مدة الربط
زنار من دم ثم من لمفا غروية ذات قوام تنتشر فى النسيج الخلوى وهذا الزنار يكون
كاملا اذا قطعت خيطة الربط بالقرب من العقدة جدا فيوجد فيه انتفاخ مطاول
يشبه رأس الفجلة يكون فى محل العملية وقد يكون مثقوبا بفتحة تنفذ منها هذه
الخيطة اذا بقيت خارج الجرح وقد يكون غير منتظم ويزول منه جوهر بقدر
الاسطوانة فى كيفية المعلم اسكاربا واما باطن الوعاء فيتكون فيه من اعلى الرباط

واسفله

واسفله دم متجمد ويمتـد الى الفروع الجانبية القريبة من الشريان ثم يعرض التهاب معتدل عقب هذه الظواهر الاولية ومنفعته انه سبب التصاق الطبقات الشريانية المماسة لبعضها وفى هذا الزمن نفسه يتم انفصال الاجزاء المرتبطة من الوعاء ثم سقوط الاخيطة الحاصرة لها وهذا ينتهى فى خمسة عشر يوما اوعشرين اوثلاثين فيهبط الزنار الظاهر وتختلط جدرانه ببعضها ويتكون فيما بين طرفى الشريان اتصال غير طبيعى لا يزول الا بعد زمن طويل ويمتص الدم المتجمد فى باطن الشريان ويصير ليفيا وملتصقا بجدران الوعاء الذى يضمر ويستحيل الى حبل ليفى ينتهى فى آخر الامر الى نسيج خلوى وحجم الشريان يظهر انه يتصل فى هذا الزمن بالفرع الجانبى الاقرب له فهذا ما يحصل فى نفس محل العملية واما ما يحصل فى الورم الانوريزمى فالعادة ان الربط يتبعه زوال الضربان الذى يكون حاصلا فى الانوريزما لكنه شوهد خلاف ذلك مرات عديدة فقد شوهد فى بعض الناس رجوع الدم فى الورم بواسطة الفروع الجانبية واستدامة الضربان فيه لكن بدون شدة وبدون بطئ فى تقدم الشفاء والدم المنحصر فى الكيس من حيث انه امتنعت عنه الحركة اوضعف فيه الضربان جدا يجمد فيصير الورم صلبا منديجا ويصغر حجمه تدريجا ثم يستحيل الى كتلة شهبا ليفية تلتصق بالوعاء حتى يصير حجمه كجوزة اوفندقة ويستمر على ذلك مدة حياة المريض اويزول بعد زمن طويل جدا واما كيفية رجوع الدم للاعضاء فانه كلما اخذ الانوريزما فى الزيادة اتعب دورة الدم فى محل جريانه والزمه ان يوسع الفروع الجانبية فينتج من ذلك ان الطبيعة عند عملية ربط الوعاء تكون قد استعدت لحفظ دورة الدم فى مجار اخرى ومع ذلك فقد يحصل عند العملية تغير عظيم باندفاع الدم بغتة فى الفروع الناشئة من اعلى الربط وفى الاوعية الشعرية التى ينتهى اليها فتتسع هذه الاوعية سريعا وتتهيج فى بعض الاحيان فحينئذ بدل ان تنقص حرارة العضو كما يحصل ذلك غالبا تزيد كما برهن على ذلك كثير من الجراحين ثم ترجع الحركة الدورية ثانيا وتنتظم تدريجا وتتسع التفممات الضامة للفروع الجانبية الناشئة من الشرايين التى من اعلى الرباط والتى من اسفل الانوريزما وتصير

قنوات شريانية كبيرة الحجم اوصغيرته كثيرة العدد اوقليلته توصل الدم للاوعية الرئيسة البعيدة عن الداء واذا انسد عقب الرباط بعض الفروع الناشئة من الجزء المصاب من الوعاء نفذ الدم فى فروعه ووصل من فروعها العليا الجانبية الى السفلى بواسطة عدة كثيرة من قنوات متوسطة بينها فينتج من ذلك ان الحركة الدورية الطبيعية التى للفروع الجانبية تصير مضادة للدورة الطبيعية الاصلية اعنى انها تتجه من الاطراف الى نحو الاصل فى الفروع الجانبية الكائنة اسفل الداء وفى بعض الاحيان يرجع الدم فى الوعاء فيما بين الربط والانيوريزما بواسطة تفاغرات كثر عرضها اوقل لكنها تكون غير كافية لاستدامة الورم وهذه النوادر اكدها بالتشريح كوبرو كثير من الجراحين وبعض المعلمين ظن انه يمكن فى بعض الاحوال ان تتكون اوعية جديدة بها يكون استطراق فيما بين الطرفين المسدودين من الشريان المربوط وهذا مضاد لما نعرفه من الاحكام العامة لتركيب الابدان فلا يقبل بدون امتحانات جديدة تبرهن على صحته * وبعد عملية الانيوريزما ينبغى ان تكون الجهة سليمة من اى ضاغط كان لئلا يحصل تعطل فى سهولة دورة الدم ثم ان اشتدت الحرارة فى العضو وظهرت اعراض عامة صادرة عن تشوش حصل فى دورة الدم فينبغى ان يلف العضو من غير ضغط با كياس صغيرة من شحانة مسخنة باعتدال او بخرق مسخنة كذلك تحفظ فيه حرارة معتدلة بدون ضغط وينبغى ان يترك الورم لذاته فان استمر واخذ فى الزيادة فينبغى ان يبحث ان كان ذلك الضربان يزول بالضغط من اعلى الورم او اسفله فان لم يزل بالضغط من اعلى الورم عمل ربط آخر جديد من اعلى الورم ان كان الربط الاول غير جديد او من اسفله ان كان هناك وعاء يرسل الدم اليه لكن قبل هذه العملية الثانية ينبغى الانتظار زمنا ما ليتحقق ان كان يزول هذا الضربان ويتناقص حجم الورم فلا يحتاج الى العملية والتهاب الكيس قد يحدث عقب العملية فينبغى ان يقاوم كما اذا كان فى غير هذا المحل واذا انتهى هذا الالتهاب بتقيح الورم واستحالته الى خراج استدعى استعمال الاشياء المستعملة فى تجمع المواد الصديدية المعتادة وغنغرينا الكيس تستدعى بعد الاجتهاد فى تداركها انتظار سقوط الخشكريشة والتحام الجرح وجروح

معالجة تابعية

الجلد الغنغرينية وسفاقلوس العضو لا يستدعيان شيأ سوى انتظار ان ينتهى موت المحل الى حده ثم يجتهد فى فصل الخشكريشة او فى عملية البتر والنزيف التابع فى جميع هذه الاحوال ينبغى ان يقاوم اى بالربط من اعلى كما اذا كان فى اى محل كان وينبغى للمريض بعد الشفاء ان يحترس على العضو الذى حصلت فيه العملية زمنا تاما لئلا يتسبب فى تمزيق الشريان الذى لم يكن التحم التحاما صلبا فقد شوهد حدوث نزيف عقب الالتحام الكامل فى الجرح الظاهر هذا ومبحث الانوريزما ربما كان غير كامل اذا لم يضف اليه شرح عن الكيفيات التى ينبغى ربط الشرايين الرئيسة على موجبها فلزمنا ان نذكرها هنا بالتفصيل فنقول

الكلام على كيفية ربط الشرايين الرئيسة

ينبغى فى ربط الشرايين عموما ان يكون العضو مثنيا نصف ثنية وان يتكئ الجراح باطراف اصابع اليد اليسرى على مسير الشريان ليعرف اتجاهه وليشد الجلد ويهدى المشرط وينبغى ان يكون شق الجلد على موازاة اتجاه الوعاء ولا بأس بتطويل الشق ليسهل كشف الاجزاء ومعرفتها من تفرق الاتصال الحاصل من الشق المذكور لكن محل ذلك اذا كان الشريان غائرا وينبغى ان يكون الجراح ذا معرفة جيدة بالبروزات المتكونة من العظم وبالاوتار والعضلات حتى يعرف بها طرق الاوعية وما يجاورها واذا وجد عصب او وريد مهم يصحب الشريان فينبغى له دائما ان يضع عند ذلك الالة فيما بين العصب او الوريد والشريان وينفذ بها الاخيطة فبذلك يامن على عدم اصابة هذه الاعضاء وعلى التحرز من ادخالها فى الربط ثم ان الشرايين التى تربط فى البدن سبعة عشر شريانا

الاول الشريان الكعبرى وقبل ان نتكلم على ربطه نذكر اعتبارات عمومية فيه وفى الشريان الزندى والشريان بين العظمين وشريان قوس الراحة فنقول شرايين الساعد والكعبرة معرضة كثيرا التأثير الاسباب البادية والالات القاطعة والاجسام المقذوفة بالبارود فانها كثيرا ما تصل اليها بسبب رقة الاجزاء

الواقية لهاو مما يعرضها المصادمات المتنوعة ايضا كثرة الحركات المختلفة للاطراف العليا والضغط زيادة عن عيوبه التي هنت يعسر عمله في شرايين الساعد والكف فان اضطر اليه لحبس نزيف قوي فالاجود ان يكون على الشريان العضدي لانه اسهل والانيوريزما الصادقة في الشريان الكعبري والشريان الزندي والشريان بين العظمين نادرة جدا فاذا كانت في الجزء العلوي من احد هذه الشرايين استدعت ربط الجزء السفلي من الشريان العضدي ثم يربط احدها اذا كانت الانيوريزما في الجزء السفلي من الساعد او في بقية طوله لكن يكون الخيط حينئذ موضوعا قرب الافة لئلا يجد الدم الذي يأتي بكثرة من الطرف السفلي للوعاء بعد اجتيازه في الورم مسلكا سهلا في شريان جانبي نشأ فيما بين الرباط والانيوريزما فتبقى الانيوريزما لكن انيوريزما الشريان الكعبري والزندي لا تكون دائما في الساعد فانه في الاحوال التي يكون فيها الشريان العضدي متفرعا قرب الابط يكون مجلسها في نفس العضد وحينئذ فكثيرا ما تشتبه بانيوريزما الشريان العضدي لكن متى كان الشريان الزندي ثاقبا من الاعلى الوتر العريض العضدي كما يشاهد ذلك كثيرا وكان هذا الشريان محلا للانيوريزما كفى صغر حجم الشريان وكونه سطحيا ومتصلا بالورم الانيوريزمي الذي هو ايضا سطحي تحت الجلد في الدلالة على ان الشريان الزندي هو الذي فيه الانيوريزما وانه المستدعي للربط واما اذا كان الشريانان المذكوران سائرين من منشئهما من الابط على التوازي تحت الوتر العريض المذكور فلا يمكن بمجرد النظر تمييز الانيوريزما فيهما عن انيوريزما الشريان العضدي وربما يحصل حال العملية بعض تحير من هذا الاختلاف التشريحي لانه بدل ان ينكشف شريان واحد ينكشف اثنان فينبغي حينئذ لاجل ان يجزم بالمنشئ للانيوريزما منهما حتى يستدعي الربط ان يضغط عليهما على التعاقب ويوضع الخيط حوالي الشريان الذي ضغطه يبطل الضربان من الورم والانيوريزما في القوس الراحي تكون ايضا نادرة جدا وكثيرا ما اضطر فيها لربط الطرف السفلي من الشريانين الكعبري والزندي معا لان التفمم بينهما كثير هذه هي الاعتبارات العمومية * واما ربط الشريان الكعبري

ط الشريان الكعبري عند قبضة اليد

الموضوع وضعا سطحيا ظاهرا بقرب قبضة اليد فاما ان يكون من هذا المحل فيكشف بسهولة بواسطة شق متجه على طول الوجه المقدم للكعبرة فيما بين العضلة الطويلة الباطحة والكعبرية المقدمة والعصب موضوع فى الجانب الوحشى لهذا الشريان * واما ان يكون من الثلث العلوى للساعد فيشق عليه الجراح شقا منحرفا من الانسية الى الوحشية ومن الاعلى الى الاسفل متتبعا خطا يفرض ممتدا من الثلث الوحشى من العضلة العضدية الزندية الى النتو الابرى للكعبرة فاذا انفصلت الحوافى المحاذية للعضلة الطويلة الباطحة والعضلة الكعبرية المقدمة وجد الشريان فيما بينهما * وكيفية عملية المعلم ليسفرن ان يخط الجراح فى اول الامر خطا يبتدئ به من وسط المسافة الكائنة فيما بين النتو اللقمى للعضد وينتهى به من اسفل فى الجانب الوحشى للكعبرة بثلاثة قراريط ونصف وخطا ثانيا يبتدئ به من الطرف السفلى اوالوحشى للخط الاول صاعدا به نحو النتو اللقمى الوحشى للعضد متباعدا به عن الخط الاول من الاعلى بنصف قيراط ثم يشق على طول هذا الخط الثانى اسفل المفصل بنصف قيراط وهذا التنويع الذى يحدد المحل الذى ينبغى ان يكون فيه الشق ليس فيه منافع ظاهرة يفوق بها على الكيفية المستعملة كثيرا

اومن الثلث العلوى من الساعد

كيفية ليسفرن

الثانى الشريان الزندى وربطه اما ان يكون من قرب الكف فيكشف بواسطة الشق على طول السطح المقدم للزند فيما بين اوتار العضلة الزندية المقدمة والعضلة القابضة العظيمة فيوجد العصب المسمى بهذا الاسم فى الجانب الانسى للشريان واما ان يكون من الجزء الاعلى للساعد فيكشف بواسطة شق الجزء المذكور شقا طويلا ممتدا على خط مستقيم من الجهة المقدمة للقمة العضدية الانسية الى الجانب الوحشى من العظم البسلى وبعد انفصال الوتر العريض والجلد يبعد العضلة الزندية المقدمة عن الكتلة المتكونة من العضلة القابضة العظيمة والعضلة الراحية الصغيرة والعضلة الكعبرية المقدمة مبتدئا فى تبعيدها من الجهة السفلى للجرح ثم يكشف الوعاء كشفا عظيما فى الجانب الانسى للشق اذا اريد ربطه اعلى من ذلك

الثالث الشريان العضدى وقبل ان نتكلم على ربطه نذكر له اعتبارات عمومية فنقول هو كالشرايين السابقة معرض لان ينجرح وكثيرا ما وجد فيه الانيوريزما الكاذب لكونه كثيرا ما ينفتح عند فصد الذراع وكثيرا ما كان منشأ للانيوريزما الدوالية التى هى مشاهدة كثيرا فى ايامنا هذه وتصدر من مرور الدم المحتوى عليه هذا الشريان فى الوريد المتوسط المغطى للشريان المذكور وقد فتحه كثير من الجراحين الغير المهرة مع الشريان فى آن واحد هذا والقدماء كانوا يظنون ان ربط الشريان العضدى غير ناجح لانه يوقع العضو فى الغنغرينا زعما منهم ان الدورة لا تتم بواسطة الاوعية الجانبية ولم يرجعوا عن هذا الظن الا من مدة قريبة فان الحقن والتشريح والبحث الجيد عن الاطراف العليا التى انسدت منها الوعاء الرئيس بسبب التهاب او قطع بسيف ربط فيه الشريان من الجانبين اكدان الدورة تتم فى هذا المحل وكثيرا ما نجحت عمليات ربط الشريان العضدى المذكور لان اى جزء وقع فيه الربط توجد هنالك اوعية كثيرة جانبية ذات حجم تكفى لحفظ الدورة فى الطرف فاذا عملت العملية فى الجهة السفلى من العضد ذهب الدم للساعد بواسطة التفممات الجامعة بين الفروع الجانبية العليا والسفلى للعضد والفروع الراجعة الكعبرية والزندية واذا كان الربط من اعلى منشاء الشريان الجانبي الوحشى وصل الدم من الشرايين المحيطة للفروع الصاعدة لهذا الوعاء وكذا للفريعات العضلية العليا ثم يذهب الى الجذع العضدى اسفل محل انسداده وفى بعض الاشخاص يصل الدم بواسطة قنوات كثيرة متوسطة الى فروع الشرايين الراجعة التى توصله الى الكعبرى والزندى وجذع الشرايين بين العظام وهذه الاستطراقات الاخيرة وان كانت اقل استقامة من السابقة الا انها كافية لازالة الشك فى نجاح العملية والشريان العضدى المذكور يمكن ضغطه من ثلثه العلوى حيث يرتكز على عظم العضد بيد مساعد اذا لم يرد الا ايقاف دورة الدم مدة بتر العضو او مدة عملية الانيوريزما بان يحاط على العضد باليد من الجهة الانسية والامام بحيث تكون الاصابع من الامام بالابهام من الوحشية او من الجهة الوحشية والخلف بحيث تكون الاصابع

من الخلف والابهام من الانسية فاذا اريد ان يكون الضغط مستمرا استعمل المكبس او كابسة دويترن والضغط وان كان واسطة رديئة الا انه يحتاج اليه فيما اذا انفتح الشريان العضدى بسبب الفصد فيستعمل لذلك هذا الجهاز وهو ان تجمع جملة رفائد درجية وتجعل على هيئة مخروط يوضع فى قمته قطعة معاملة او جسم آخر صلب ليكون الضغط قويا جدا ثم توضع تلك الرفائد على ثنية المرفق بحيث تكون قمة المخروط محاذية للجرح وتثبت بلفافة حلقية طولها من ثمانية اذرع الى عشرة وعرضها اصبعان تلف على المفصل لفا صليبيا ومن اللازم ان يلف الكف والساعد بلفافة اخرى من الساعد الى آخر الاصابع لتمنع الانتفاخ لكن ينبغى فى هذه الحالة ان يكشف الجراح عن الاصابع وينظر ان كانت بارزة وزرقاء ارخى الرباط قليلا لئلا يقع العضو فى الغنغرينا واخيرا توضع رفادة سميكة درجية على طول مسير الشريان العضدى وتثبت بلفافة واصلة الى الابط وهذا الجزء الاخير من الجهاز غايته تلطيف قوة جريان الدم فى الشريان المجروح ثم يوضع العضو الذى فيه العملية على هيئة يكون الكف والساعد فيها مرتفعين عن العضد ويلازم المريض الراحة الكلية والحمية القاسية ويفصد ويعالج ببقية المعالجات التى تستدعيها حالته ويجدد الجهاز باحتراس كلى اذا ارتخى ويكفى لانسداد الشريان عشرة ايام او اثنى عشر هذه هى الاعتبارات العمومية * واما ربط الشريان العضدى اذا انجرح من آلة قاطعة كما فى الفصد فيضطر اليه اذا كان الضغط غير كاف وحينئذ فينبغى توسيع الجرح الى الاعلى والاسفل وربط الشريان من الطرفين واذا كان هناك ورم دموى منتشر وجب شق الجلد من مركز الورم واستفراغ الدم المتجمد منه وكشف الشريان وربطه من اعلى فتحته واسفلها والاجود ان يكون الربط قبل الفتح واذا كانت الانوريزما محدودة فلا ينبغى لمسها بل يكشف الشريان من اعلى الورم ببعض قراريط ويربط وجميع الانوريزمات فى الشريان العضدى الناشئة عن اسباب باطنة لا يكون فيها اشياء خصوصية فى الظواهر المصاحبة لها ومحلها فى الغالب ثنية الذراع وكثيرا ما تكون نتيجة جرح ويظهر انها كثيرا ما تكون نتيجة انبساط عنيف

ربط الشريان العضدى

فى الساعد سيما فى الذين يقذفون نحو الحجارة وقد يكون ذلك من استعداد فى نسيج الشريان والربط هو أمن الوسايط فى معالجة الانيوريزما

الرابع الشريان الابطى وقبل ان نتكلم على ربطه نذكر له اعتبارات عمومية كما فى الشرايين السابقة فنقول جروح الشريان الابطى كثيرة الحصول وعوارضها الغالبة نزيف يؤدى الى موت سريع وقد شوهد من اصيب به وبقى حيا واحتباس النزيف فى هذه الحالة يكون اما بتكون خثرة دموية او بانحراف الجرح او بغشى يحصل للمصاب فانه مما يضعف حركات القلب ووثب الدم فلا تبقى له قوة كافية لان تفصل الخثرة الدموية عن محل الجرح والضغط عليه سهل بسبب انه يرتكز على سطح الضلع الثانى من الخلف فيكون ذلك السطح لصلابته مسند القوة الضاغطة ويحصل الضغط المذكور على هذا المحل بوضع الابهام على وسط طول الترقوة من اسفل فى النقرة الكائنة اسفل الطرف الوحشى للترقوة فى المسافة الفاصلة للحافة المحاذية للعضلة النايبة عن حافة العضلة الكبيرة الصدرية ووضع بقية الاصابع من الخلف بحيث تكون محيطة بطرف المنكب وقد يستعمل فى الضغط نحو كرة من نسالة لكنها لا تضغط مثل الاصابع واذا كان الجرح قريبا من الترقوة جدا وجب ان يكون الضغط اسفل منها فاذا اريد ضغط الشريان المذكور على الضلع الاول وجب ان يدخل الابهام او كرة صغيرة فى المسافة المثلثة الكائنة خلف الطرف الانسى للترقوة ثم ان الضغط المذكور انما هو واسطة برهية لا يعمل الا فى الزمن اللازم لا يقاف النزيف حتى يفعل الربط واما انيوريزما الشريان الابطى فكثيرة الحصول واسبابها واعراضها لا يخالفان اسباب بقية الاوعية ولا اعراضها والورم الانيوريزمى يختلف محله بحسب الجزء المصاب من الشريان فتارة يكون شاغلا للجزء الاوسط من التجويف الابطى وتارة يكون فى وسط المسافة الفاصلة للحافة السفلى من العضلة الصدرية عن الترقوة ففى هذه الحالة ترفع الالياف اللحمية للعضلتين الصدريتين الصغيرة والكبيرة المنطبقة على الجهة المقدمة للورم الذى يدفع المنكب والاضلاع الى الخلف وتارة تنشأ الانيوريزما قريبا جدا من الترقوة وتبرز اعلاها

واسفلها

واسفلها حتى ترفع هذا العظم فى بعض الاحيان وانورزما الشريان الابطى
اثقل من بقية الانورزمات اما لقربه من القلب اولعسر ارجاع الدورة للذراع
عقب ربط الوعاء اولكون هذه العملية فى حد ذاتها عسرة الاتمام وقد كان يظن
ان سد الشريان الابطى يجذب معه غنغرينا الذراع المحاذى له ولم يزل هذا الظن
مستمرا الى يومنا هذا مع انه ثبت من مشاهدات كثيرة منذ زمان خلاف
ذلك فان الشريان الابطى تنوب عنه اوعية كثيرة مختلفة على حسب كونه
مربوطا من نهاية جزئه الاوسط اومن ابتداء طوله ففى الحالة الاولى عدد الدم
الشرايين المنكبية العليا والسفلى حتى الاخرمية ويعود الى الشريان العضدى
اما بواسطة الفروع المتوزعة فى الجزء الاعلى لعضلات العضد اوبالفروع الصاعدة
للشريان العظيم الجانبى وكلما كان الربط اعلى من ذلك تناقصت عدة الاوعية
العوضيه المتوزعة باستقامة فى العضد والمنكب ثم اذا ربط الشريان الابطى من
محل خروجه من العضلة الاخمعية اوفيما بين اجزائها فلا يصل الدم الى الطرف
الصدرى المحاذى له الا بواسطة الشرايين العنقية المستعرضة والمنكبية العليا
الناشئة من الشريان تحت الترقوة الموصلة له الى فروع الشعب الاخرمية
والمنكبية والراجعة والاوعية الصدرية قد تمدد ايضا وتعين بواسطة تفمماتها مع
الشرايين الاخرمية والمحيطة المقدسة على حفظ الدورة ولكن هذه التفممات
الاخيرة ضعيفة جدا فنفعها قليل هذه هى الاعتبارات الكلية واما ربطه فيمكن
من ثلاثة مواضع الاول مغبن الابط الثانى الجهة المقدمة للمنكب الثالث اعلى
الترقوة ولذلك كيفيات مختلفة سنشرحها على التوالى فنقول *

ربط الشريان الابطى من بين الحفرة الابطية

الموضع الاول فيما بين الحفرة الابطية فاذا رفع الذراع وشق بالطول قدر ثلاثة
قراريط اواربعة فى الحفرة الابطية امام الجزء المتوسط من المسافة التى بين اوتار
العضلة الصدرية العظيمة والعظيمة الظهرية انكشف اخر الشريان الابطى واول
العضدى والذى يغطى هذا الجزء من الشريان المذكور بعض احبولة عصبية
فينبغى تبعيدها بتأن لئلا تصاب * الموضع الثانى امام المنكب وفى ذلك

ربطه من الجهة المقدمة للمنكب

ثلاث كيفيات الاولى كيفية المعلم دسولت وهى ان يشق الجراح شقا طوله اربعة

قراريط على طول الخط الخلوى الذى يفصل العضلة الصدرية العظيمة عن العضلة الدالية وتباعدت الياف هاتين العضلتين المحاذية لبعضهما وتوصل به الى وتر العضلة الصغيرة الصدرية امكن ان يستقصى من تحته على الشريان ويكشف ثم ان منع الداء من وضع الرباط فى هذا المحل المنخفض فلتوجه للاعلى تحت الترقوة وتعمل العملية هناك وقد يضطر احيانا فى اتمام هذه العملية الى قطع وتر العضلة الصدرية الصغيرة فوق مجس قنوى ينفذ تحته باحتراس والثانية كيفية المعلم ليسفرن وهى لا تخالف كيفية دسولت الا فى كون الشق على طول الخط الخلوى فيما بين الجزء القصى والجزء الترقوى من العضلة الكبيرة الصدرية لكون الشق حينئذ يكون انسى مجرى الاوعية بكثير وفى هذا القسم يكون الوريد الابطى موضوعا امام الشريان وانسيه من الاسفل واحبولة الضفيرة العضدية يكون غالبا من الاعلى والوحشية والخلف والغالب ان واحدا منها يغطى الوعاء فينبغى ان يبعد مع غاية الاحتراس وان يقدم فى التبعيد المذكور يد المنقار على المشرط وان ينفذ فيما بين الوريد والشريان المجس الذى يخدم كوصل للسهم المنظوم فيه الرباط والثالثة كيفية المعلم ديسون وهى ان يشق الجراح من اسفل الترقوة شقا كنصف دائرة تقعيره الى الاعلى ويمتد به بعيدا عن العضلة العصبية الترقوية بنحو قيراط وينتهى به الى قرب الاخرى بقيراط ثم يفصل الالياف العضلية على نسق الشق الاول ثم يرفع الجزء المقطوع فيصل الى الاوعية والاعصاب ويبعد الشريان الذى بينهما ثم ينفذ من تحته الرباط * الموضع الثالث اعلى الترقوة وربط الشريان من هذا الموضع يحتاج لان يستلقى المريض على ظهره ويأتى الجراح بمنكبيه الى الامام والاسفل ثم يشق اعلى الترقوة من الجزء الترقوى للعضلة القصية الترقوية الحلمية الى الجزء السفلى من الجانب المقدم للعضلة المربعة حتى يصل الى المسافة الخلوية المحدودة من الامام بالترقوة ومن الانسية بالعضلة الاخمعية ويقال لها العضلية القفوية ومن الخلف بالضفيرة العضدية فيجد الوريد موضوعا امام الشريان واذا تبين ان الجرح ضيق جدا بالنسبة لسمن الشخص وسع بشق شفته العليا الى اعلى بعد رفعها وبعد توسيع الجلد بذلك الشق تبعد يد

ربطه من اعلى الترقوة

المنقار

المنقار بعض الاوردة والصفائح الخلوية والاخيطة العصبية حتى يوصل بالشق الى الوعاء والبروز المستطيل للعضلة الاخمعية المقدمة الذى يعرف فى الجهة الانسية يكون مهديا للجراح والشريان يوجد على الضلع الاول وحشى المحل السفلى لارتباط هذه العضلة فيحنى الجراح المجس القنوى جدا نحو طرفه ويزجه امام الاصل الشريانى وتحته وخلفه فيما بينه وبين الوريد الذى بجانبه واذا كان الوريد الوداجى الظاهر متعرضا هنالك وجب التوقى عن اصابته بان يجذبه المساعد الى الخارج بكلاب لاسن له وهذه الكيفية التى استعملها فى قاعات التشريح من نحو عشر سنين ولم تكن جديدة اذ ذاك نسبها المعلم ليسغرن لنفسه من مدة قريبة ولكونه يعرض فى بعض الاحيان تعسرات عظيمة فى عزل الشريان الابطى عن العضلة الاخمعية الى الخارج كان المعلم دويترن لاجل ان يرفع هذه التغيرات بعد ان يشق على نحو ما ذكر يستقصى فى اول الامر عن العضلة الاخمعية المقدمة ويكشفها كشفا تاما ثم ينفذ مجسا قنويا صلبا لاسن له منحنيا على قناته تحت الجزء الاسفل من هذه العضلة ليحيط به ثم يشقه عند ذلك بالمشرط فى مرة واحدة فيكون تقلص جسمه كافيا لكشف الوعاء فيوجد الوعاء فى هذا المحل منعزلا عن كل عضو انعزالا تاما

الخامس الشريان تحت الترقوة وله كغيره اعتبارات مرضية فجروحه الحاصلة من الات واخزة او قاطعة يتبعها دائما نزيف كثيرا ما يكون مهلكا فعلى الجراح حينئذ اذا كان حاضرا ان يضغط عليه من محل الجرح ثم يربطه فان الربط يضعف نكاية الافة اذا كانت قريبة جدا من اصل الشريان لان شكل الاجزاء يكون باقيا على حالته لا تغير فيه واما الانوريزما فيه فكثيرة لكنها غير قابلة للعملية لان الورم الانورزمى يمتد غالبا الى قرب اصل الوعاء فلا تعمل هذه العملية الا اذا كانت الانوريزما كبيرة الحجم فى الشريان الابطى وامتدت الى اعلى بحيث يصير ربطه من اعلى الترقوة غير ممكن وبعد ربط الشريان تحت الترقوة لا يذهب الدم للذراع الا بواسطة تفممات الشرايين القفوية والدرقية الواصلة من الجهة السليمة للجهة المريضة وبواسطة تفممات الشرايين الدرقية بالفروع الناشئة من الابطى

والعضدى اسفل الافة ومتى امكن الجراح ان يبقى اصل الشريان الدرقى السفلى سليما اوبعض الشرايين القفوية الكائنة فى الجهة المريضة فيما بين محل الربط والقلب كانت الاتصالات اكثر استقامة واقرب نجاحا هذه هى اعتبارا ته واما ربطه فلكون وضعه غائرا اكثر من الابطى يعسر كشفه وربطه فاذا اريد ربطه من الجانب الانسى للعضلة الاخمعية وجب ان يمال رأس المريض الى الجهة المقابلة التى فيها الافة ثم يشق جلد العنق من محل الارتباط القصى للعضلة القصية الحلمية بقدر قيراطين ونصف الى الوحشية متتبعا الجانب العلوى للترقوة ثم يشق الجزء الترقوى من العضلة القصية الجلمية على مجس قنوى ثم يبعده المساعد وعند ذلك يترك الجراح العضلة الاخمعية خارجا ويذهب غائرا الى الشريان تحت الترقوة وينفذ تحته الرباط

السادس الشرايين الناشئة من السباتى الظاهر فاذا اريد ربط احد الشرايين المتعددة المتفرقة فى العنق والوجه والسطح الظاهر للجمجمة عند وجود اينوريزما فيه وجب ان يكشف ذلك الشريان بقرب الورم ثم يربط من اعلاه واسفله والعملية فى هذه الشرايين لندرة وجودها لايحكم لها بشروط خاصة بها

*السابع الشريان السباتى الاصلى وهذا الشريان قد يضطر لربطه بالنظر لغور الداء فيه وربطه يحتاج لان يكون المريض مستلقيا على ظهره والجزء العلوى من الجذع منه مرفوع ومحفوظ من المساعد والجراح يقف على الجانب المحاذى للمرض ويشق على جانب العنق من الجهة المقدمة شقا ممتدا على طول الجانب المقدم للعضلة القصية الترقوية الحلمية من الجهة العليا للغضروف الدرقى الى قرب القص بقيراط ثم يقطع الياف العضلة الجلدية بشق ثان ثم يبعد الى الخارج حافة العضلة القصية الحلمية التى تغطى الشريان من الاسفل بواسطة كلاب لاسن له فتنكشف فى عمق هذا الشق الحزمة المكونة من الاعصاب والوريد الوداجى الباطن واصل الشريان السباتى فان اتعبت الجراح العضلة الكتفية اللامية المتصالبة على الجرح ازاغها اوقطعها ثم يشق الغمد الخلوى الذى انحصرت فيه الاوعية على المجس ثم يعزل الشريان وينفذ من تحته الرباط ويحترز غاية

التحرز من ان يدخل فى الرباط بعض الاخيطة العصبية المتعددة المحيطة بالشريان وهذه العملية استعملت نحو خمس وعشرين مرة من بعد المعلم كوبر فى بلاد الانجليز والاميريكا وفى فرانسا من غير ان يتسبب عنها ادنى تشويش فى الوظائف المخية

الثامن الجذع العضدى الرأسى ويسمى الشريان اللااسم له وهو الذى يرسله قوس الاورطى على اليمين فيمتد نحو قيراط ونصف ثم ينقسم الى سباتى اصلى ويمينى تحت الترقوة وقبل الكلام على ربطه نذكر له كغيره اعتبارات مرضية فنقول اما جروحه فتسبب موتا سريعا ولا تنفع فيها وسايط الصناعة وقد تنفع المعالجة المضادة للالتهاب كالفصد العام والحمية والراحة وغير ذلك نعم يمكن ربطه ان حصل جرح فى الجهة السفلى من السباتى الاصلى اومن الشريان تحت الترقوة الايمنين المتفرعين عنه وكان ذلك الجرح يسرع بالموت واما الانوريزما فيه فقليلة الحصول وتصحبها الظواهر الموضعية التى لانوريزما الاورطى والوسايط العلاجية فيهما واحدة وهى المضادة للالتهاب واما الربط ونحوه فيمنعه وضع هذا الشريان وقصره الا ان كانت الانوريزما فى اسفل السباتى الاصلى او الشريان تحت الترقوة كما مر وهذه العملية مع ما فيها من التهور لم تعمل فى حى قط لكن يمكن نجاحها باعتبار ما شوهد فى الاشخاص الذين عاشوا مدة طويلة ووجد الانسداد فيهم حاصلا تارة فى السباتى الاصلى وتارة فى الشريان تحت الترقوة وحقن الشرايين فى الرمم يثبت ان الدم بعد ربط هذا الشريان يمكن ان يصل الى الرأس من الشرايين السباتية والفقارية التى للجهة المقابلة والذراع يمكن ان يتغذى من استطراق الشعب الترقوية للجانب السليم بشعب الجانب المريض لكن هذه التفممات لكونها قليلة الاستقامة تكون غير كافية لارجاع دورة الدم بسرعة وقرب الجذع المذكور من الاورطى يمنع تجمد الدم فى الجزء المربوط وتصير الشفاء مشكوكا فيه وقد عملت هذه العملية وعاش من عملت له نحو عشرين يوما وهذه الاحوال مع خطر العملية وعسرها تلزم الجراح ان لا يقدم على ربط هذا الشريان الا فى حالة اليأس والاضطرار ويكون فاعله من المهرة الممارسين

القادرين على غلبة كل عايق ومانع ثم ان ربط الجذع المذكور يمكن ان يتأتى
بكشفه من ناحية الصدر وجذبه من هناك وربطه ويلزم لذلك ان يكون المريض
مستلقيا على ظهره ورأسه مائلة الى الخلف واليسار ثم يشق الجراح شقا مبتدأ به
من الجانب الانسى للعضلة الحلمية اليسرى ويمتد به على اليمين [redacted] او حشية
من العضلة المقابلة التى تقطع على مجس قنوى بقرب محل ارتباطها فى القص
ثم يشق على هذا النحو العضلة القصية اللامية والعضلة القصية الدرقية ويصل
الى الشريان السباتى الذى يجذم لاهداء الاصبع الى الجذع الذى لا اسم له وطريقة
المعلم سباتيه يكون فيها وضع المريض كما ذكر ثم يشق الجراح شقا متصالبا
فى اسفل الجهة المقدمة للعنق مائلا به الى اليمين قليلا ثم يقطع العضلة القصية
الحلمية والقصية الدرقية وكيفيته لا تخالف السابقة الا فى كون الشق فيها
متصالبا وعلى رأى المعلم كاوت ان الشق يكون ثانيا مقلوبا
التاسع الشريان القدمى واعتباراته المرضية هى انه لكون وضعه غير غائر
على سطح القدم هو معرض كثيرا الان ينجرح خصوصا فى فصد القدم ولكونه
متكئا على عظام المشط يمكن ضغطه فان تعسر ضغطه من هذا المحل ضغط
على نهاية الشريان القصبى المقدم وهو مغطى فى الجزء السفلى من الساق بالجلد
وبالوتر العريض القصبى وبطبقة خلوية ويلامس السطح الوحشى للقصبة فيما بين
العضلتين القصبية المقدمة والكبيرة الباسطة للاصابع والضغط المذكور يفعل
من هذا المحل بواسطة رفايد درجية ولفافة واما الانيوريزما فقد شوهدت فيه
عقب الجروح ايضا وعاقبتها جيدة للتمكن من الضغط فان تعسر وجب ربط
الشريان القصبى المقدم هذه هى اعتباراته المرضية واما كيفية ربطه فاذا ارتكز
القدم فوق سطح صلب وشق على سطحه الظهرى نحو اتجاه الخلو الاول المشطى
انكشفت المسافة الكائنة فيما بين وتر العضلة الباسطة للابهام والوتر الاول
للعضلة القدمية الباسطة للاصابع ووجد الشريان القدمى موضوعا فى هذا المحل
العاشر الشريان القصبى المقدم وقبل ان نتكلم على ربطه نذكر اعتباراته المرضية
مع اعتبارات الشريان القصبى الخلفى واعتبارات الشريان الشظى فنقول

اما اعتبارات القصبي المقدم فهي انه اذا جرح من الجهة السفلى للساق ويجب كشفه من محل الجرح ثم يربط طرفاه وهذه العملية سهلة لكنها قد تعسر جدا عندما يكون الجرح في النصف العلوي من الساق لان الشريان في هذه الجهة موضوع فيما بين العضلة القصبية المقدمة الكائنة من الانسية والعضلتين القابضة المشتركة للاصابع والقابضة لخصوص الابهام الكائنتين من الوحشية ويلامس الرباط بين العظمين ويشغل المسافة الضيقة الخلوية الفاصلة بين هذه العضلات وقد تصير العملية اعسر من ذلك عندما يرتشح الدم في الساق فان الامر حينئذ يصير منوطا بحذق الجراح لتمييز صفة هذا العارض حتى يتمسك بطريقة محمودة واما اعتبارات الشريان القصبي الخلفي فهي انه لكونه موضوعا في الجهة الخلفية للساق ومعظمه مغطى بعضلات غليظة جدا يكون بعيدا عن تأثير الاجسام الجارحة لكون ذلك يقيه ويصونه عنها لكن يمكن جرحه من الهام او نحوها او من شظايا عظمية حصلت في كسر الساق وحينئذ فمحل الربط موكول الى اجتهاد الجراح ويختلف بحسب الجزء الذي اصيب فيه الشريان فيربط في الثلث السفلي من الساق لكون الشريان هناك موضوعا امام الحافة الانسية لوتر اكيلس المسمى ايضا بالعرقوب فيما اذا كانت الافة في احد الشرايين الاخمصية ويمكن ربطه في الجهة الوسطى من الساق فيما اذا انجرح الشريان المذكور من تلك الجهة لكنه عسر جدا وربط الشريان الفخذي حينئذ أمن وأسهل واقل ايلاما ويضطر لذلك ايضا فيما اذا كان الشريان القصبي الخلفي مصابا في جهته العليا * وانوريزما الشريان القصبي المقدم والشريان القصبي الخلفي او الشظي اذا كانت في الجهة العليا من الساق قد تبقى مجهولة زمنا طويلا بسبب غور هذه الاوعية ومنع الوتر العريض للساق بسبب متانته لنمو هذه الاورام ولا تظهر الى الخارج الا بعد عظم الورم جدا والذي يعرف منها بسهولة انوريزما الشريان القصبي المقدم بسبب وضعه في مقدم الجهة العليا من الساق والذي يشتبه منها هو انوريزما الشريانين الاخيرين بانوريزما الجهة السفلى من الشريان المابضي وفي جميع هذه الاحوال يمكن ربط هذا الشريان الاخير اذا لم ينجح

ضغط الشريان الفخذى لكن من حيث ان هذا الشريان موضوع وضعا
غائرا يختار ربط الشريان الفخذى كما فى اينورزما مابض الركبة
واذا كان مجلس الورم الاينورزمى اسفل من ذلك سيما اذا كان فى الجهة
السفلى من الساق وجب ربط الوعاء المصاب بالاينورزما قريبا من الورم ما امكن
بسبب ان كثرة التفممات هنا لا ترجع اتقاء الورم مستمرا هذه هى الاعتبارات
المرضية فى الشرايين الثلاث واما ربط الشريان القصبى المقدم فاما ان يربط من
الثلث السفلى من الساق وهو فى هذا المحل موضوع فيما بين وتر العضلة الباسطة
للابهام المار تحته ذلك الشريان بانحراف وبين العضلة الباسطة المشتركة
للاصابع ويسهل كشفه من هذا المحل بواسطة شق طوله قيراطان على موازة
حافة القصبة بعيدا عن جهتها الوحشية بنصف قيراط واما ان يربط فى
الثلث العلوى من الساق ويلزم الجراح فى هذا ان يعرف اولا المسافة التى تفصل
بين العضلتين القصبية المقدمة والباسطة للاصابع ثم يضع اصابع يده اليسرى
على طول الانخفاض المحسوس به فى هذا المحل لتهدى سير المشرط الذى يشق به
الجلد بقدر ثلاثة قراريط ثم يقطع الوتر العريض بشق ثان ثم يرفع المساعد القدم
لتسترخى العضلات وتبعد العضلة القصبية المقدمة عن الباسطة فيوجد الشريان
غائرا ملتصقا بالرباط بين العظمين وعلى جانبه الوحشى العصب القصبى المقدم
ويوجد معه وريدان يعسر تبعيدهما ولا ضرر فى ربطهما معه هذه هى الكيفية
الاعتيادية واما كيفية المعلم ليسفرن فيبتدئ بالشق من فوق الجانب الوحشى
لحافة القصبة ويجعله منحرفا من الداخل الى الخارج مستعليا به بحيث تكون
جهته العليا بعيدة عن الحافة المذكورة بقيراط او قيراط ونصف على حسب حجم
المجموع العضلى وبعد شق الجلد والنسيج الخلوى يشق الوتر العريض للساق عرضا
بالمشرط وشق الجلد يكون فى الغالب موازيا للالياف اللحمية ثم ينفذ فى الفرجة
الاولى بين العضلات التى توجد هناك ويبتدأ الشق من حافة القصبة فيوجد
الشريان فيما بين العضلة القصبية المقدمة والعضلة الطويلة الباسطة للاصابع
وقد حكم على هذه الكيفية بانها غير ناجحة

الحادى عشر الشريان القصبى الخلفى وربط هذا الشريان امامن آخره وذلك
خلف الكعب الانسى ويكفى لكشفه حينئذ ان يشق خلف الكعب الانسى شق
طوله قيراطان بعيدا عن حافته الخلفية بثلاثة خطوط اواربعة فيوجد تحت
الجلد ورقة مستعرضة من الوتر العريض مندمجة الالياف موضوعة على عضلات
الساق الغائرة فتشق تلك الورقة فيظهر الشريان وعلى جانبه الوحشى العصب
الساقى واما من وسطه وذلك اسفل نصف الساق فان الشريان القصبى الخلفى
المذكور يوجد شاغلا لمعظم المسافة الكائنة بين وتر اكيلس والحافة الانسية من
القصبة ويكفى لكشفه من هذا المحل ان يشق شق طويل فينكشف الوتر العريض
الخلفى للساق ثم يشق ذلك الوتر فيوجد تحته الشريان والمعلم ليسفرن يريد ان يبتدئ
الشق فى هذه العملية من وتر اكيلس صاعدا عنه بانحراف نحو القصبة بثلاثة قراريط
ثم يضع الجراح الاصبع فى الزاوية السفلى من الجرح ويدير بطن الكف نحو وتر اكيلس
فتخدم لتبعيد العضلات ولرؤية الشريان وهذا الشق كغيره من انواع الشق التى
ذكرت فيه عيب وهو انه غير موازى لاتجاه الوعاء المراد كشفه وربطه واما من اوله
وذلك فى الثلث العلوى من الساق وينبغى فى كشفه من هذا المحل ان يكون الساق
منثنيا على الفخذ قليلا ومائلا الى الخارج ثم يشق الجراح على موازاة الحافة
الانسية للقصبة من جهة الخلف متباعدا عنها ببعض خطوط شقا طوله
نحو اربعة قراريط ثم يشق التصاق العضلة النعلية بهذه الحافة وبالخط المنحرف
للقصبة ويقلب المساعد العضلة النعلية والعضلة التوأمية الى الوحشية والخلف
والجراح يشق حينئذ الوتر العريض المغطى للعضلات الغائرة من الساق فيجد
الشريان زائدا فى الغور الى الوحشية كلما فتش عليه من اعلى هذا وتقلص العضلة
النعلية والتوأمية قد يمنع التمكن من دفعهما
الثانى عشر الشريان الشظى وكشف هذا الشريان وربطه لا يتأتى فعلهما الا من
الثلث الاوسط للساق لانه ان كان من اعلى فلا يمكن ان يوصل الى الشريان من غير
حدوث ضرر عظيم وان كان من اسفل ضاع الشريان بين العضلات وانتهى فيها
والمعلم شوسييه اضطر فى كشف الشريان المذكور الى شق الحافة الانسية من

كيفية ليسفرن

العضلات النعليه والتوأمية واما المعلم ليسفرن فكان يصل الى الشريان المذكور من وسط الساق فيشق الجلد فيما بين وترا كيله والشظية ثم يشق الوتر العريض الغائر فيجد الشريان تحت الحافة الانسية للعضلة الطويلة القابضة للابهام اوفيما بين اليافها

تذييب فى آفات شرايين الساق

متى كان نزيف الساق او اورامه الدموية او الانيوريزما فيه ناشئة من آفات لا يمكن معها تعيين الوعاء الذى هى فيه او كانت العمليات اللازمة لربطه تحدث خطرا فالاجود ان يصعد الى الثلث العلوى من الفخذ ويعمل الربط فوق الشريان الفخذى وهذا قد استعمله المعلم دوبيترن اولا فى كسر عظمى الساق مع انيوريزما كاذبة كانت معه وثانيا فى شخص اصيب من الاسلحة النارية بآفة فى هذه الشرايين والمعلم ديلبس استعمله فى مثل الثانى وقد شاهد المعلمان هودجسون واسكارپا مرات عديدة نجاح ربط الشريان الفخذى فى انواع من الانيوريزما الصادق كان فى الساق

الثالث عشر الشريان المابضى واعتباراته المرضية كما فى اكثر الشرايين ان يبتدأ بحبس النزيف بالضغط اما على نفس الشريان فى الحفرة المابضية بين العضلة الغشائية لنصف وذات الرأسين واما اسفل من ذلك فيما بين ارتباطات العضل النعلى والاسهل والاحسن من ذلك ان يكون الضغط على الشريان الفخذى وينبغى دائما ان يربط طرف الوعاء المنفصل ليمتنع النزيف المفزع الذى يمكن حصوله من الطرف السفلى للوعاء بسبب كثرة التفممات الكائنة بين الفروع المفصلية وهذه التفممات هى التى تمنع غنغرينا الطرف اذا ربط او كانت فيه انيوريزما عتيقة والانيوريزما فى الشريان المابضى المذكور اكثر منها فى بقية شرايين الجسم لانه معرض لتمدد جدرانه من زيادة انبساط الساق واذا كان فيها بعض تغير صير طبقاته ارق مما كانت والرجال مستعدة لذلك اكثر من النساء لكثرة الرياضات والاشغال العنيفة منهم والغالب ان الاورام الانيوريزمية تكون

فى الجهة الوسطى من ثنية المابض وقد تكون فى الجهة العليا من الساق او السفلى من الفخذ وتشخيص الانيوريزما سهل اذا كانت فى ثنية المابض وعسر اذا كانت فى الجهة السفلى للشريان لكونه هنا يختفى فى العضلات الغليظة لبطن الساق ولم يتجاسروا على ربط الشريان المابضى الا من مدة قريبة لكونهم كانوا يقولون انه غليظ وكثير الغور وضرورى لغذاء الرجل فكان الضغط هو الواسطة الجيدة لانيوريزما هذا الشريان ومع هذا فالربط يعمل الا من ابان قليلة ثم تركه الاكثرون الى الان والاسهل منه كشف الشريان الفخذى قبل مروره تحت وتر العضلة الثالثة المقربة ومن المعلوم ان ربط الشريان المابضى اذا كانت فيه الانيوريزما لا يتأتى الاقرب الآفة وذلك غير جيد لان جدران الشريان قد تغيرت فلا تحصل تاثير الخيط هذه هى اعتباراته واما ربطه فاما ان يكون من الجزء الساقى وهذا يحتاج لان تكون الرجل ممتدة ومرتكزة من سطحها المقدم على وسائد ثم يشق الجراح شقا بالطول على الخط الفاصل بين التوأميتين وبعد شق الجلد والوتر العريض تبعد الحزمتان العضليتان ثم يكشف بحسب الاختيار اخر الشريان المابضى او منشأ الشرايين الثلاثة للساق وهذه الكيفية قد عرفت من زمن طويل واما من الجزء الفخذى وهذا يحتاج لان تكون الرجل موضوعة على سطحها المقدم ويشق الجراح فى الحفرة المابضية شقا طوله قيراطان الى اعلى المفصل بقرب وتر العضلة الثالثة من مقربات الفخذ فى الجهة الوسطى من المسافة التى بين لقمى الساق وبعد شق الجلد يبعد الصفايح الخلوية يبدأ المشرط وكذا العصب الوركى والوريد الصافن الى الجانب الانسى من الجرح فيصل الى الشريان الذى هو غالبا مغطى هنا بالوريد المصاحب له هذا ولما كان الشريان المابضى غائرا فى الشحم ولا يحصل من ربطه نجاح محقق به يفوق عن ربط جذع الشريان الفخذى من نهاية الثلث العلوى من الفخذ نظرا لرجوع دورة الدم فيهما لاصلها فى الفخذ كانت العملية الثانية مختارة الان عن العملية الاولى

الرابع عشر الشريان الفخذى اما اعتباراته المرضية فهى ان جروحه فى الغالب مهلكة ان لم يحصل للمريض اسعاف ثم ان كان الجرح فى الثنية الاربية وجب

الضغط على محل الجرح ليتمكن من ايقاف النزيف ومتى وقف فليبادر بربط الشريان الحرقفى الظاهر وان كان الجرح فى الشريان الفخذى اسفل الشعب المتفرعة منه للفخذ بحيث يسهل الضغط على جسم العانة كان الربط سهلا لا خطر فيه ويتمكن من الضغط على الشريان الفخذى وهو فى ثنية الاربية بالاتكاء على الفرع الافقى للعانة اوبوضع الاصبع بالعرض على القوس الفخذى والتحامل به وهذا يسهل مع الاجتهاد فى امالة الفخذ لتسترخى الاربطة الاربية ويسهل ضغط الشريان الفخذى ايضا من الجهة الانسية للفخذ على ملتقى الثلث السفلى بالثلثين العلويين من الفخذ عند مجاوزته للعضلة الثالثة المقربة وفى هذا المحل يمكن وضع الكابسة وهذا الضغط يستعمل فيما اذا كانت الافة فى الشريان المابضى وفروعه وانيوريزما الشريان الفخذى المذكور اما ان تكون فى الجزء العلوى منه او الاوسط او الاسفل فالتى تكون فى الجزء العلوى تستدعى ربط الشريان الحرقفى الظاهر الذى سنتكلم عليه فيما بعد ان كانت اسفل اصل الشريان الغائر وان كانت اسفل الشريان الغائر نفسه امكن الضغط على شعبة العانة ويكفى ذلك فى شفاء بعض انواع الانيوريزما لكن الغالب انها تستدعى العملية والتى تكون فى الجزء الاوسط من الفخذ اوفى الجزء السفلى منه يجب فيها الربط اسفل الشريان الغائر بقيراط او اكثر من ذلك اذا كان ممكنا واذا ربط اصل الشريان الفخذى او الحرقفى الظاهر كان خطر ذلك اقل من خطر الربط اذا كان قريبا جدا من اسفل هذه الشعبة الغليظة وبعض الجراحين يظن ان الاجود فى الانيوريزما التى فى الجزء السفلى من الفخذ ان يربط الشريان الغائر من جزئه العلوى لان الاوعية القريبة للورم الخادمة لارجاع دورة الدم لا توجد هنالك ويفعل ذلك ايضا فى انيوريزما الشريان المابضى لانه كلما بعد الربط عن المحل القريب من المرض كان رجاء الشفاء اكثر هذا والاوعية الحافظة للدورة بعد الربط تختلف باختلاف الجزء المربوط من الشريان فاذا كان الربط فى الثلث العلوى من الفخذ فيهر الدم على ان يمر بكمية كثيرة فى جذع الشريان الغائر ومنه ينفذ فى الشرايين المفصلية ويمكن ان يعود للشريان الفخذى من اسفل الرباط بواسطة

الفروع العضلية فيصير مفتوحا الى الانوريزما لكنها تكون ضيقة جدا وضعف
وارد الدم المار فيها لايتسبب عنه عايق الغشاء اصلا واذا كان الربط اسفل
القوس الفخذى حالا مر الدم من فروع الشرايين الالية والوركية والعانية
السفلى والتناسلية الى الفروع الصاعدة للشريان الغائر ومنها الى جذعه حتى
يصل الى الشريان الفخذى لكن معظم الاشخاص يكون فيهم اصل الشريان الغائر
غير نافع للدورة فاذا كان الدم فيه جاريا فى الفروع العليا منه نزل فى طول الفخذ
من جملة قنوات متوسطة الى الشرايين المفصلية وهى توصل الى الشريان
المابضى فان كان العايق غير ممتد الى الاسفل اوصلت الشرايين العضلية الناشئة
من الشريان الفخذى الدم الى الجهة الوسطى لهذا الوعاء وجزء منه يكف
عن تتميم وظائفه واذا كان الربط من نهاية الشريان اعنى اسفل دخوله
فى الثالثة من مقربات الفخذ حفظت الدورة بواسطة الشرايين المفصلية العليا
المركبة التى تتفمم فروعها من جانب بالفروع السفلى للشريان الغائر ومن الجانب
الاخر بالشرايين العضلية الناشئة اسفل الشريان الغائر فان لم يتمكن الدم
من الرجوع من الشرايين المفصلية العليا الى الجذع المابضى بسبب الانوريزما
التى فيه مر الدم من تفاريع هذا الفرع الى الفروع الصاعدة للشرايين المفصلية
السفلى وللراجعة القصبية وذلك مما يكون حوالى الركبة جملة كثيرة من اوعية
عوضية وهذه الحالة ثبتت من فتح الموتى مرات كثيرة هذه هى الاعتبارات
المرضية للشريان الفخذى واما ربطه فان كان من نحو نصف الفخذ فينبغى فيه
ان يكون المريض مستلقيا على ظهره والفخذ ممتنى نصف انثنا ومنقلب الى الخارج
والجراح يشق شقا طوله ثلاثة قراريط على طول الحافة الخلفية اوالانسية
للعضلة الخياطية ثم تفرق الياف هذه العضلة بطولها وتكون هيئتها على شكل
شريط ثم ترفع الحافة لتى انكشفت من العضلة الى الامام وبعضهم يرفعها
الى الخلف فيوجد اسفلها حزمة الاوعية فتشق الصفيحة المغطية لها فيظهر
الشريان وعلى جانبه الانسى الوريد ومن خلفه العصب وملتصقا به بدون واسطة
حبل عصبى ينبغى تبعيده عن الشريان باحتراس وهذه الكيفية هى المستعملة

عند الجميع ونسبتها الى المعلم ليسفرن خطأ وليعلم ان الشريان يزيد فى الغور تحت العضلة الخياطية كلما فتش عليه من اسفل واما ربطه فى الثلث السفلى من الفخذ فينبغى فيه ان يشق الجراح على طول الانخفاض الذى يفصل الجزء الانسى من ذات الروس الثلاث عن العضلات المقربة شقا كالسابق ثم يبعد العضلة الخياطية الى الخلف فيرى الشريان فى طريقه خلف وتر العضلة الثالثة من المقربات وكان المعلم هنتر يريد ان يكون ربط الانوريزما الشريان المابضى فى هذا المحل واما ربطه فى الجزء العلوى من الفخذ فينبغى فيه ان يشق الجراح من اسفل وسط القوس الفخذى شقا طوله قيراط ثم يأتى به الى جهة الباطن برفق نحو الحافة الانسية للعضلة الخياطية وفى هذا المحل يكون ابتداء تغطية هذه العضلة للشريان الفخذى وفيه يوجد رأس المثلث المتكون من اجتماع الجزء الانسى لذات الروس الثلاثة بالثانية المقربة وبعد ان يشق الجلد والنسيج الخلوى يشق برفق ورقة الوتر العريض الكائنة امام الاوعية ومن حسن الرأى ان ينفذ الجراح مجسا قنويا تحت هذه الورقة ليشقها من غير خطر فينكشف له الشريان ثم لا يهتم بعد ذلك بشئ الا بعزله وافراده ثم تنفيذ الرباط تحته

الخامس عشر الشريان الحرقفى الظاهر اما ربط هذا الشريان فمن العمليات الخطرة فى الجراحة الحادثة واستعملت اول مرة فى سنة الف وسبعماية وستة وتسعين من جراح ماهر انجليزى اسمه ابيرنيتى وتعمل فيما اذا كان هناك نزيف حاصل من افة فى الشريان الفخذى قريبة من رباط فلوبيو وتعذر ربط الشريان الفخذى نفسه فيما بين الافة ورباط فلوبيو وتعمل ايضا فيما اذا كانت الانوريزما فى الشريان الفخذى اسفل الشريان الغائر او فى اصله قريبا جدا من ثنية الاربية بحيث يتعذر عمل الربط اسفل رباط فلوبيو المذكور لانه لكونه دائما يخشى من ان يكون الوعاء مريضا من قرب الورم يختار ربط الشريان الحرقفى الظاهر وربط الشريان الحرقفى الظاهر بعد المعلم ابيرنيتى استعمل اكثر من ثلاثين مرة فى بلاد فرانسا والانجليز وايطاليا وغيرها واكثرها نجح وقد عملها ايضا كلوت بيك فى مارستان العسكرية الذى فى ابى زعبل بالديار المصرية فى انوريزما اربية

في سنة اربع واربعين وماتتين بعد الالف هجريه الموافقة لسنة الف وثمانمائة وتسعة وعشرين عيسوية هذا والاوعية الاستعواضية بعد سد الشريان الحرقفي تتكون من جملة تفممات تحيط بقاعدة الطرف البطنى فتحفظ فيه دورة الدم فمنها من الامام الشريان الشراسيفي والجلدى البطنى ومن الوحشية المحيط المنعكس الحرقفي ومن الانسية الاستحياقي الظاهر والشرايين المحيطة المنعكسة الفخذية ومن الخلف الفروع الكثيرة النازلة للشريان الغائر التي ترسل للجذع الفخذى الدم الذى قبلته من الثديي الباطن والشرايين بين الاضلاع السفلى والقطنية والحرقفية القطنية والعجزى الجانبي والسادو الاستحياقي الباطن والالي الوركى والتفاريع التي تنتهى بها هذه الفروع تتمدد وتستحيل اخيطتها التفممية الى قنوات وقد تظهر حينئذ تفممات مخصوصة واسعة بالكفاية وتوجد اما حوالى بصيلة مجرى البول او اسفل الجذع تحت العانة او من الخلف نحو الالية او من الوحشية فيما بين الحرقفي القطنى والشريان المحيط الحرقفي واما كيفية كشفه فقد كان المعلم كوبر يشق من المريض بعد ان يستلقى على ظهره جدران البطن شقا هلاليا مبتدأ من الشوكة الحرقفية المقدمة العليا الى الحافة الانسية من الحلقة تحت العانة على حسب اتجاه الياف الوتر العريض الذى للعضلة المنحرفة الوحشية ثم يشق هذا الوتر على نحو الشق الاول في الطول والعرض والاتجاه ثم يرفع الهدب والالياف السفلى التي للعضلة الصغيرة المنحرفة والتي للعضلة المستعرضة ويكشف الحبل الخصي وفتحة اللفافة الباطنة المار فيها ثم ينفذ اصبعه تحت الحبل ويرفعه وكذا البريتون فيصل حالا الى الشريان ويجد على انسيه الوريد الحرقفي ويسهل التنحى عن الاعصاب الكائنة في الجهة الوحشية المصانة بلوح وترى عريض ولكنه قد يوجد خط عصبي ملتصق بالشريان لا يمكن فصله عنه فينبغي قطعه بالعرض قبل شد الرباط والالات التي يبعد بها هنا وريد الشريان بدون خطر هى في الغالب الاظافر واما المعلم ابرنيتى فكان يشق من البطن قدر اربعة قراريط يستدعى بالشق من امام الشوكة المقدمة العليا من العظم اللاسمية بعيدا عنها بقيراط ونصف الى الجهة الوسطى من رباط

او بازاء القوس الفخذى ثم يبعد حافتى الجرح ويشق الوتر العريض الذى للعضلة القطنية المنحرفة ثم ينفذ الاصابع تحت العضلتين المنحرفة الانسية والمستعرضة لاجل صيانة البريتون ويشقهما من اسفل الى اعلى بمشرط ذى زر ثم يثنى فخذ الجانب المصاب قليلا ويديره الى الخارج لتسترخى الاجزاء ويبعد البريتون عن محله الى الجهة الانسية ويصل للحافة الانسية التى للعضلة ابسواس ويقال لها العضلة القطنية ايضا فيحس بضربان الشريان فى هذا المحل وفى كلتا هاتين الكيفيتين يكون الفخذ منبسطا فى مدة شق الجلد وعضلات البطن واذا اندفع البريتون الى الاسفل بالحركات العنيفة من المريض ومنع ذلك من اتمام العملية وجب حينئذ ان يضع المساعد الاصابع الاربعة فى الجرح ليرفع البريتون ومن المهم جدا ان لا يتحرك المريض مدة العملية حركات عنيفة ولا يصرخ لان ذلك مما يدفع الاحشاء الى الخارج بل ربما خرجت وذلك مما يسبب ايضا انتفاخ الوريد الحرقفى وبعد انتهاء العملية ينبغى ضم الجرح بدون واسطة او بواسطة العصايب اللزجة او الخياطة المردية والجذع يكون مرتفعا قليلا والفخذان يكونان مثنيين قليلا على البطن

حكومة على هاتين العمليتين

اما كيفية المعلم كوبر ففيها عيب وهو ان الشق فيها يكون غالبا على عرض اتجاه الشريان الذى يراد ربطه ويكون نازلا جدا فلا ينفع عندما ترفع الانوريزما القوس الفخذى جدا ويعسر فيها ربط الشريان من محل عال عن محل تفمم الشريان الشراسيفى لكونه يرسل الدم الى الطرف السفلى فيمنع انسداده فيحصل انواع النزيف التابعى المهلك فى هذه العملية من ذلك السبب واما كيفية المعلم ابيرنيتى فليس فيها هذا العيب لانه يسهل فيها انكشاف طول الوعاء كله وهى الكيفية التى استعملها المعلم ديو يترن وديلبورتا وبوشيه ومله واغلب الذين استعملوا ربط الشريان الحرقفى وهى التى عملها الجراح الماهر كلوت رئيس المدرسة الطبية بابى زعبل على مامر

السادس

السادس عشر الشريان الحرقفي الباطن اما اعتبارا له المرضية فربطه من العمليات الحادثة واستعملها اول مرة بنجاح جراح انجليزي يقال له يونس في انوريزما الشريان الالي ويظهر انه لم يستعملها بعده غيره ومع ذلك فليست بعملية خطرة لان هذا الوعاء له تفممات عديدة بمقابله وطريقتها لا تختلف عن الطريقة المستعملة لربط الشريان الحرقفي الظاهر وتعمل في جروح الشريان الالي وفي الانوريزما فيه كما تعمل في الاورام الانتصابية العظيمة الحجم الالية التي كثيرا ما تكون مجلسا لهما والاوعية الاستعواضية تتكون من الاستطراقات التي تحصل فيما بين الحرقفي الباطن المربوط والحرقفي الباطن المقابل له والفروع الناشئة من الشريان الفخذي في هذا الجانب واسعة جدا وكثيرة العدد فلا يخشى في ربط هذا الشريان من توقف الدورة * واما كيفية ربطه فتكون على قاعدة المعلم ايرنيتي ويكفي لذلك ان يجعه الجراح بشق عضلات البطن الى اعلى قليلا ثم يبعد البريتون حتى يظهر محل تفرع الجزئين وينبغي في الرباط ان يكون بعيدا عن الشريان الحرقفي الاصلي بمسافة اقلها قيراط وهذا عسر جدا واسهل منه ربط آخر الشريان الحرقفي الاصلي

واعلم ان الشريان الحرقفي الاصلي يمكن ان تعمل فيه عملية الربط فيما اذا كانت الانوريزما في الشريان الحرقفي الظاهر لان كشفه ليس باعسر من كشف السابقين غير انه يحتاج الى فصل البريتون اعلى مما في عملية السابقين وتكون الرجل في هذه العملية معرضة للغنغرينا اكثر مما في السابقين وعملية ربطه وان لم تعمل اصلا فطريقتها كطريقة ايرنيتي في ربط الحرقفي الظاهر والاوعية الاستعواضية في هذه تتكون من تفمم شرايين الجانب الذي وقع فيه الربط بشرايين الجانب الاخر على الخط المتوسط فتعود دورة الدم الى مجراها الاصلي بنزول الدم من الثديي الباطن والشرايين بين الاضلاع والشرايين القطنية في الشرايين الشراسيفي وشرايين جلد البطن والمحيط الحرقفي ونهاية الشريان الماساريقي السفلي والعجزي الاوسط والشعب الكثيرة للعرقفي الباطن فان كلا من هذه يتفمم بنظيره من الجانب المقابل على الخط المتوسط وهنا سبل اخر

يتوارد منها الدم عند سد الوعاء الى الجذع الخثلى والفروع الصاعدة من الشريان الفخذى الغائر

السابع عشر الاورطى واعتباراته المرضية هى ان آفاتها اكثر آفات الشرايين خطرا وهو معرض للتعظم والتمددات الانيوريزمية سيما قرب اصله وليس مصونا عن الالات الجارحة وجروحه دائما مهلكة يتسبب عنها اهلاك المجروح فى زمن يكون على حسب سعة الفتحة الخارج منها الدم واما الانيوريزما فيه ففى اصله وثلث جزئه العلوى وهو الصدرى كثيرة الحصول بخلافها فى ثلثيه السفليين فهى نادرة وانيوريزما الاورطى البطنية متوسطة الحصول بين السابقين والمستعمل فى هذا الداء المهلك من المعالجة انما هو قاعدة المعلم والزو وليس من النافع ان يحيل على عملية جراحية فيما اذا كانت الانيوريزما فى ثلث الجزء الصدرى من الاورطى اومبدء الجزء البطنى وقد رأى بعضهم انه يمكن تجربة ربط الجزء السفلى من الاورطى فيما اذا كانت الانيوريزما قريبة جدا من تفرعه الى فرعين اوشاغلة للشريان الحرقفى الاصلى وقد ظهر من المشاهدات والامتحانات ان ربط الجزء السفلى من الاورطى يمكن عمله فى البشر خصوصا وهذه العملية لا يضطر اليها الا فى الامراض المهلكة عندما يكون موت الشخص آيلا للحصول وخصوصا ايضا الاجتهاد فى واسطة مشكوك فى نجاحها اولى من ترك المريض لموت محقق فالجراح الماهر يمكنه ان يقدم على مثل هذه العملية فى وقت الاضطرار اليها من غيران يتشوش فكره اويخاطر فى شرف الفن وقد عملت هذه العملية مرة واحدة من مدة بعض سنين عملها جراح انجليزى اسمه اصلينكو برفى انيوريزما عظيمة الحجم كانت فى الشريان الحرقفى الاصلى ولم يعش صاحبها الا اربع ساعات من بعد العملية وهذا لا ينبغى ان يوهن شجاعة الجراحين المهرة عن فعلها فان عدم نفعها فى هذه المرة لا يمنع نفعها فى مرات اخرى والاوعية الاستعواضية التى بها ترجع دورة الدم الى مجراها الاصلى تكون من تفممات الشرايين القطنية من الجانبين ببعضها فان هذه الاوعية ترجع الدم بسرعة الى الاورطى اسفل سدها ويدل لذلك انه اذا حقنت الاورطى الذى ربط من رمة ميت وصلت مادة الحقن

الى الاطراف السفلى من تلك التفممات وكل من الشرايين الثديية الباطنة والصدرية يعين بتفممه مع الشرايين الشراسيفية القطنية على ارسال الدم الى الاطراف البطنيــة ثم ان تفمم فروع الشريان شيليكو مع الشرايين الماساريقية العليا وتفممات الشرايين الماساريقية ببعضهما وبالفروع الناشئة من الحرقفي الظاهر لاشك فى انه نافع حينئذ لتكميل جملة الاوعية العوضية للاورطى واما كيفية ربطه فينبغى فى ربط جذع الاورطى ان يستلقى المريض على ظهره وتكون جدران البطن مسترخية ثم يشق الجراح على طول الخط الابيض ثلاثة قراريط او اربعة شقا يحيط بالسرة من جهة الشمال وينفذه بالاحتراس الواجب الى تجويف البريتون ثم ينفذ السبابة اليسرى فى الجرح ويبعد بها الامعاء حتى يصل الى الاورطى ويمزق بظفرها البريتون حتى يحيط بالوعاء وتكون مهدية للابرة التى لاسن لها الحاملة للرباط وينبغى ان يحترس الجراح عند شد الرباط على الوعاء من ان يكون قد اجتمع معه جزء من الوعاء ثم ياتى باطراف الخيط الى حافة الجرح ويثبتها هنالك الى ان يسقط الرباط وانضمام الجرح يكون بالخياطة وبالعصايب اللزجة وقد عمل هذه العملية المعلم كوبر من مدة سنين قريبة وربط الاورطى فى انوريزما الشريان الحرقفى الاصلى لحفظ صحة المريض بعد ان تأكد بالتجربة فى الكلاب ان دورة الدم تحصل بواسطة الشعب الجانبية فهى تنسب له وللمعلم بارى وابراهام وبيل وجودسون وقد شاهد المعلمان اوديكسون وايسورى انسداد الاورطى بدون ان يحصل منه موت والمعلم بيكلار شاهد تجربتها ونفعها فى الكلاب

الرابعة من آفات الشرايين الانوريزما الدوالية والدوالى الانوريزمية

الدوالى الانوريزمية ورم ينشأ من اجتياز دم شريان فى جوف وريد قريب منه بعد انفصال اغشية الوعاءين والتصاقهما ببعضهما وقد يتفق ان ينشأ من الوريد حينما يقبل الدم من الشريان كيس انوريزمى امام جرح الشريان ويكون وربما يسميه بعض الناس انوريزما دوالية ولكن هذا التمييز دقيق غير مهم والدوالى

الانيوريزمية شوهد اغلبها فى الذراع عقب التفصيد الذى نفذ فيه المبضع من الوريد الوسط الى الشريان واصابه والمعلم دبويترن شاهد ذلك فى الفخذ والمعلمان دبليوزو ولريه شاهدا ذلك فيما بين الشريان البسيطى والوريد الوداجى وفى جميع هذه العوارض قد يتكون فى القناة الوريدية ورم رخو مستطيل يحس فيه بازيز لطيف موافق لضربان الشريان فى الزمن وكل من الورم والازيز اللذين فى الوريد المصاب يزيد عند الغمز عليه من اعلى محل الداء وهذا يحصل بعينه بالغمز على الشريان من اسفل الجرح واخيرا يزول الورم عند الغمز على الشريان المصاب فيما بين القلب وفتحة الشريان ثم يرجع بازيز عند الرفع وتقدم هذا الداء بطئ جدا والذى يستدعيه بعد انتهائه كشف الشريان وربطه من اعلى الجرح ومن اسفله وذلك وحده كاف فى حفظ المريض عن رجوع الداء واما ربطه من الطرف العلوى فقط فكثيرا ما شوهد فيه برجوع الدم بعد ايام قليلة واستدعى عمليات جديدة

الخامسة تغير جدران الشريان

تقرح الطبقات الشريانية واستحالتها الى الغضروفية او العظمية او السرطانية لا تستدعى شيأ من عمليات الجراحة الا اذا كانت ناشئة عن اورام انيوريزمية وعن انصباب دموى واذا استحال الشريان عقب بتره الى العظمية وصار بحيث يعسر ربطه وتبطيط جدرانه فينبغى ان يسد بادخال اسطوانة من شمع ومن اى جسم كان فى جوفه ويحفظ برباط ضاغط متقن الى ان يتكون فيه تجمد الدم ويصير صلبا

السادسة الاورام الانتصابية والوحمة

اعلم ان الاوعية الشعرية الشريانية قد تفسد فى جميع الانسجة فينشأ عنها تولدات عضوية تسمى بالاورام الانتصابية او الفطر الدموى او الانيوريزما التفممية او الورم الفطرى الدموى اوغير ذلك وهذا الفساد الوعائى يكون فى اعضائنا اما خلقيا او عارضيا فالخلقى ان تصيب هذه الاورام الجلد فتظهر تحته بشكل شامات يكثر بروزها او يقل ويكون لونها ورديا او احمرا واسمر ويكثر اتساعها او يقل

ملساً او خشنة وفي بعض الاحيان يكون سطحها مغطى بشعر وهذه التولدات هي
الخيلان ومنها ما تسميه العامة بالوحمة وجميع جهات الجسم قابلة لان تكون محلاً
لهذه الدا آت ولكن محلسها الغالب هو الوجه وفيه تكثر بشاعتها بسبب التشوه
وتختلف اولاً في اللون فتكون صفراً او زرقاً او سمراً او حمراً او شهلاً او بنفسجية
اوذات الوان كثيرة ولا تكون خضراء اصلاً وثانياً في الشكل فتكون مستديرة او غير
منتظمة او محدودة او منتشرة وثالثاً في السعة فتكون جاورسة او عدسية او عريضة
جداً ورابعاً في البروز والارتفاع فتارة لا تجاوز سطح الجلد وتارة تكون مرتفعة
عنه قليلاً او محدودبة على شكل مختلف وتارة يكون سطحها مغطى بشعر كثير
يختلف في الطول والخشونة ومن خرافات العامة انها تعتقد ان هذه البقع الخلقية
نتيجة ثوران المخيلة او نتيجة وحمة لم تستوف ولذلك سموها بالوحمة وجميع النساء
تعتقد انها اذا اشتغلت فكرتها بشيء تشتهيه ووضعت يدها في تلك الحالة
على جزء من جسمها انطبع شكل ذلك الشيء وصورته في الجزء المقابل لما وضعت
يدها عليه من الجنين والتشريح يثبت ان البقع الخلقية جميعها حاصلة من تغير
مخصوص في الجلد والعارض ان تظهر هذه التولدات تحت الجلد او غائرة عنه
وتكون الى اورام تكون في ابتدائها صلبة وصغيرة الحجم ثم تعظم تدريجاً
وتسترخي وتعم النسيج الخلوي تحت الجلد * وهي على العموم نسيج وعائي
هالي محتقن بدم يشبه نسيج المشيمة الخاص بها او النسيج الطحالي والاحسن
ان يقال انها تشبه نسيج الاجسام المجوفة للقضيب وقاعدتها تكون
جملة من الياف وشرايين كثيرة تفرغ فيها الدم والاوعية التي تنفذ فيها كثيراً
ما تتغير وترق وتنثقب بثقوب يخرج منها السيال الذي يجري فيها وهذه الاورام
تكون في بعض الناس ذات ضربان ظاهر فربما تشتبه اذا كانت غائرة
بالانوريزما وفي بعضهم ينحصر فيها دم رشحي فيحصل منه فيها تموج ظاهر
وقد يصير النسيج الذي هي مكونة منه قابلاً لان يستحيل الى الغضروفية
او العظمية او السرطانية وهذه الاورام مع اتساعها وعددها قد تزاحم الاعضاء
المجاورة لها وتنفذ فيها وترققها وتفسدها تدريجاً وتحدث في العظام ذوباناً

غالباً بالمراهم واما المعالجة فإذا كان من نوع الوحمة ملوناً للجلد فقط فلا ينبغي الاجتهاد في ازالته لانه صادر من حالة مخصوصة بالاوعية والانسجة المكونة للجلد وبعضهم اراد معالجتها بالكاويات وفيه انه اذا امكنت ازالتها بهذه الواسطة كان التشوه الحاصل من ذلك اكثر من التشوه الحاصل من نفس الوحمة ولا يمكن استعمال وسايط الجراحة لازالة هذه الوحمة الا اذا كانت منشئة لاورام آخذة في التقدم فانها تشوه السحنة او توقع الحياة في خطر وما كان منها صغيرا وذا عنق وجبت ازالته بالربط عليه وان لم يكن ذا عنق وجب ان تحوط قاعدته بشقوق ثم تزال باجتهاد ويضم الجرح حالا وفي هذه الحالة ينبغي البحث الجيد عن الورم لئلا يكون من الاورام الفطرية الدموية اى الانتصابية لان استئصالها مما يسرع في تقدمها ونموها واما ما كان من نوع الاورام الانتصابية فلا ينبغي فتحه لا بمشرط ولا بجسم كاو لانه يلزم من الاول تسيلان دم اسود فيضاني متنشر من حوافي الجرح ويتكرر وذلك في كل برهة بحيث تصير حياة المريض في خطر ومن الثاني انه يتولد في بعض الاحيان بعد العملية بزمن ما قطر احمر رخو يدمي بادي نمو عليه وبعد وروه يتعسر استئصالها جدا ولما الضغط عليه فنجح كثيرا في الاورام الدموية الجلدية المحدودة الكائنة على العظم السليم وذلك لان العظم لصلابته يصير محل ارتكاز للضغط ولذلك شاهد المعلم بوييه زوال داء مثل هذا كان في الشفة العليا لكن الغالب ان هذه الواسطة غير نافعة لانها في بعض الناس اورثت الدم تهيجا سريع التقدم والاستئصال الكلي لهذا النسيج الغير الطبيعي احق واولى وذلك بان يشق بعد ضغط الشرايين الرئيسة التي تجيء على الورم شق يحيط به ثم يستأصل بكليته بدون ان يصاب جوهره وتربط جميع الاوعية المتفرعة فيه بعيدا عن محل الجدران المريضة والكي ربما انفع استعماله هنا اما لفساد تركيب النسيج واما لازالة اجزاء النسيج التي ربما نفذت من تحت الالات القاطعة وبقيت. واما ربط الشرايين المارة في الورم المغذية له الدافعة للضربان فيه فقد اتفق حصول الشفاء التام عقبه ولكنه قد اتفق في هذه العوارض ان الورم بعد ان ذبل وزال اغلبه رجع الى حجمه الاصلي عند ما ارسلت اليه التفممات الشريانية مقدارا كافيا من

هذا الامتداد فى الغالب يكون الى نحو جذع الوعاء فيصير الوعاء كحبل صلب عقدى غير متحرك وتحصل فى الجلد المغطى له حرارة عظيمة ويحمر سريعا ويلتهب ويحتقن النسيج الخلوى المجاور له وينتفخ بل والعضو كله قد ينتفخ وينتشر فى السطح المصاب التهاب حرارى غلغمونى وتظهر حمى بحسب شدة الالتهاب الموضعى وانتشاره ويعقب ذلك التقيح وتظهر خراجات قليلة أو كثيرة على مجرى الوريد ويسيل منها السيال المنحصر فيها لكن صمام الوريد تقلل خروج الصديد *

معالجته بمضادات الالتهاب

والواسطة التى يقاوم بها الالتهاب الوريدى هى جميع ما يضاد الالتهاب من الفصد العام ووضع العلق والوضعيات الملينة على طول الاوردة المصابة وعندما تظهر الخراجات ينبغى فتحها سريعا مع التمسك باستعمال المعالجة الملينة وكل من المعلم هونتير وريل وابيرنيتى اوصى بان يضاف على هذه الواسطة الضغط على الوعاء من

اوبالضغط

اعلى الجزء المصاب من الوريد ومن اسفله ليتسبب عن ذلك التصاق جدرانه ويمتنع امتداد التهابه وهذه الواسطة ربما انفعت فى منع نفوذ السيال فى دورة الدم ولكن الامتحان برهن على ضعف الاعتماد على هذه الكيفية * وأأمن منها قطع الوريد

اوبقطع الوريد عرضا

بالعرض من اعلى الداء واسفله لكن لا يستعمل الا فى الاوردة السطحية اى غير الغائرة * والمعلم ريس قطع مرة بنجاح الجزء الملتهب من الوريد الصافن وهى عملية ربما كانت نافعة لكن ينبغى فيها على الخصوص ان يقاوم الالتهاب الموضعى فان الفصد كثيرا ما يزيل او يضعف الالتهاب بحيث لا يحتاج الى العملية

اوبقطع جزئه الملتهب

الثالثة الدوالى

الدوالى اورام مكونة من اتساع الاوردة وتنشأ من امتناع الدم الوريدى عن دورته وقد تنشأ من استرخاء جدران الاوردة وتكثر فى الاوردة السطحية للاطراف السفلى من الذين يديمون الوقوف ومن البرد والرطوبة وتكون فى الحوامل ايضا والاوردة التى تصير دوالية تتسع ويتكون منها تلافيف يكثر عددها او يقل لانها تطول بسبب تمددها وتنضم هذه التلافيف الى بعضها فتتكون الى اورام رخوة غير مستوية ذات حلمات بنفسجية اللون تزول كلها او بعضها بالغمز عليها

الدم وهذا الامر قد شاهده المعلم دوبوترن بعد ربط الشريان السباتى لورم انصبابى كان فى صدفة الاذن

الباب الثالث فى آفات الاوردة وهى ثلاث

الاولى الجروح

انفصال الاوردة لا يكون خطرا الا اذا كان فى الجذوع الغليظة المنحصرة فى البطن او فى الصدر او كان فى الاوردة الرئيسة للاطراف كالوريد الفخذى فى الاربية والابطى بقرب الترقوة وانفصلت بكليتها بالعرض واما ما كان من غير ذلك فيكفى فيه الضغط على الوعاء المنفتح لانه يحبس النزيف فتلتحم الفتحة الحاصل منها ذلك النزيف) والعمليات التى تكون بقرب الجذع يحصل منها مشقة من خروج دم غزير اسود يسيل منغرشا من جميع اصغار الجرح فيغطى جميع الجهات ويمنع انكشافها وتميزها والذى ينبغى معرفته حينئذ ان الدم يثب بقوة شديدة كلما طال المريض صراخه واوقف تنفسه) ولاجل ان يحبس هذا النزيف ينبغى كما اوصى المعلم دوبوترن ان توقف العملية برهة وان يسكن روع المريض ليكون هناك وقت ترجع فيه دورة الدم الى اصلها ويؤمر المريض بان يرفع صوته بالصراخ وان يتم حركة تنفسه بامتلاء صدره فعند ذلك لا يمنع الدم مانع عن اجتيازه فى الرئة ولا يقف عن مروره فى بطن القلب اليمنى ولا فى الاوردة وينبغى فى العمليات التى تقطع فيها الاوردة الغليظة ان يربط كل من طرفيها

النزيف الوريدى زمن العملية

وسايط تدبير ذلك

الثانية التهاب الاوردة

التهاب الاغشية التى تركبت منها القنوات الوريدية اقل ندرة مما كانوا يظنونه الى يومنا هذا فانه كثيرا ما يحصل عقب الفصد وبتر الاعضاء والربط والشق وكشط الاوردة وشوهد ايضا عقب الولادة الشاقة وانتقال الالتهاب من محل الى محل آخر وربما حصل بدون سبب موضعى ظاهر وهذا الالتهاب يظهر بالم محرق يتجه من المحل الذى جرح فيه الوريد ويمتد فى بعض الاحيان الى شعبه لكن

وفى بعض الاحيان قد تلتهب هذه الاورام و تنفجر وتحمر فيحصل منها نزيف دم اسود ثخين ممتزج يقطع منه جامدة ليفية واذا اتسع ذلك الجرح من تقدم الالتهاب حصل منه ما يسمى عند المؤلفين بالقروح الدوالية * والدوالى اذا كانت جديدة ربما شفيت بازالة الاسباب الناشئة هى عنها وذلك كما يحصل عقب الولادة من تمدد اوردة الساق الحاصل ذلك التمدد زمن الحبل ثم ان الدوالى فى غالب الاشخاص تكون محتملة وتدارك زيادتها بالضغط على جميع العضو المصاب بلفافة درجية تلف على الساق او بالمن قماش او جلد مدبوغ يزرر على الساق مع التحرز عن الاشغال المسببة لهذا الداء وهذه المعالجة ليست الا مسكنة وقد اشاروا بعمليات اخرى لحصول الشفاء من هذا الداء لكنها اشق من هذه فكان القدماء يزيلون الدوالى بالكى بالحديد المحمى ولكنها كيفية تركت الان فى الجراحة * وقد تستأصل الاوردة المتمددة وهذا قد اوصى عليه شلسه ومع هذا فاشتداد هذا المرض لا يحتاج الى عملية مؤلمة كهذه وان كان المعلم بو بيه تحسن فى رأيه ان يعملها لشخص فعملها له وشفى بالكلية وهناك واسطة استعملت بنجاح عظيم هى الكشف على جذع الاوردة الدوالية وربطه من اعلى الداء وقد عملت هذه العملية فى الصافن العظيم لدوالى الساق وكثيرا ما تمت بنجاح لكن ذكروا انه حصلت التهابات وريدية شديدة من هذه العملية ولما كان ربط جذع الاوردة الدوالية وانسداده يعقبه دائما فى ابتداء زمن الربط ازدياد فى حجم الدوالى الحاصل من تجمع الدم فى الاوردة المتسعة ومن تهيج شديد او خفيف يحصل فيها ان يوضع رباط ضاغط على العضو كله عقب العملية او قبلها وهو الاجود * ويمكن ان تقاوم الدوالى العظيمة الحجم والاورام المتكونة منها بواسطة تجمع الاوردة مع بعضها بالشق المستطيل وهذا الشق يكون فيها فيعقبه خروج الدم المتجمد فى الاوردة المتمددة وبعد ذلك ينبغى ضم حوافى الجرح وضغطه برفق فان الالتهاب الذى يحدث فيه يسد الاوعية المنفتحة ويحصل الشفاء وهذه العملية معروفة قديما والان يستعملها اكثر الجراحين وهى اسهل واقل خطرا من بقية العمليات

المعالجة

بالضغط

اوبالكى

اوبالاستئصال

اوبالشق

الكتاب السادس فى امراض الجهاز الحسى وماتستدعيه من العمليات

المذكور فى هذا الكتاب اولا آفات الحواس ثانيا آفات الحبيلات العصبية والسلسلة الفقارية ثالثا آفات المركز الدماغى ولفائفه ففيه ثلاثة ابواب

الباب الاول فى آفات الحواس وفيه ثلاثة فصول

الفصل الاول فى آفات جهاز البصر وفيه ثلاثة مباحث

المبحث الاول فى آفات المسالك الدمعية وهى سبع

الاولى الدمعة

الدمعة تجمع الدموع امام المقلة وسيلانها على الخد دائما بدون ارادة ومنه يحصل تعب للابصار بسبب الانكسار العارض للضوء حال اجتيازه فى الدموع قبل وصوله الى القرنية الشفافة والذى يحوج المرضى كثير التنشيف اعينهم عند تحديق البصر لتمييز المرئيات اما هذا واما منع سيلان الدموع على الخد وهذا الداء قد يصدر عن افراز غزير من الدموع لا يمكن ان تمتصه كله الاصفار الدمعية كما يشاهد ذلك فى بعض احوال الرمد والغالب ان يكون عرضا لبعض امراض فى المسالك الدمعية فيحصل عندما اذا لم يمكن ان تنفذ الدموع بسهولة فى القنوات المنوطة بنقلها للحفر الانفية وهذا يشاهد فى انقلاب الجفن السفلى وفيما اذا كان هنالك ضعف اوقروح فى الاصفار والقنوات الدمعيتين وكذا فى الورم والناصور الدمعيين وفى انسداد القناة الانفية والتجمدات المخاطية والورم العظمى وبوليبوس الحفر الانفية وغير ذلك وشفاء الدمعة يكون بمقاومة الداء الاصلى المحدث لها التى هى عرض له بان يرد الجفن المنقلب الى حالته الطبيعية وان تزال سدد الاصفار والقنوات الدمعية ويفتح تجويف القناة الانفية او بفتح مجرى صناعى وغير ذلك على حسب ما يقتضيه الحال

الثانية السدد فى الاصفار والقنوات الدمعية

الرمد الطويل سيما الناشئ عن الجدري يتسبب عنه في الغالب ثخن الغشاء المغشي للمسالك الدمعية فينبغي اولا مقاومة تهيج الملتحم وحروف الاجفان بغسل الاعين كثيرا من ماء الخطمية او منقوع زهر الباسان وبوضع العلق ثم ان احتيج الى توسيع القنوات التي فيها السدد اجتهد في ذلك بحقن تجاويفها بحقن محللة مصنوعة من محلول روح اتونيا الخفيف او من ماء الخبازي الممزوج ببعض قطرات من روح العرقي او غير ذلك

الثالثة انسداد الاصفار والقنوات الدمعية

متى كانت الاصفار او القنوات الدمعية منسدة انسدادا كاملا كان الداء في الغالب عديم الشفاء ومع ذلك فينبغي الاجتهاد في ازالة هذا المانع بمرود أنبل وبالحقن * وقد اوصى المعلم مونرو على انه اذا لم تنفع هذه الوسائط فتح الكيس الدمعي بان يدخل في تجويفه من اسفل الى اعلى حسب طول المسير الطبيعي للقناة ابرة منظوم فيها خيط يبقى في الجرح مدة ما لكن فيه ان هذه القناة لكونها عديمة البنية الالية سريعة الانسداد * واما المعلم بتيت فقد اوصى في هذه الحالة على ان يفتح الكيس الدمعي فيما بين الجفن السفلي والمقلة وهذه الكيفية وان كانت اسهل من الاولى الا ان عيبها كالاولى فان كان انسداد القنوات الدمعية حاصلا من ضغط ورم قريب منها فينبغي ان يبدأ بازالة هذه التولدات الغير الطبيعية

عملية مونرو

عملية بتيت

الرابعة تمدد القنوات الدمعية وتقرحها

قد شوهد بعد سدد القناة الانفية ان القنوات الدمعية تمددت واتسع قطرها حتى صار بقدر القطر الطبيعي مرتين وقد تتقرح فينتج عن ذلك ناصور في الجفن والذي ينبغي في هذه الحالة مقاومة آفة القناة الانفية المحدثة لهذا الضرر

الخامسة انفجار جدران القنوات الدمعية

انفجار القناة الدمعية قد يحدث من حركة عنيفة عند الامتخاط وهو نادر والذين حصل لهم ذلك استشعروا بالم شديد في الزاوية الانسية من العين اعقبه ورم انفيزيمي

محدود والداء المذكور لا يعقبه خطر اصلا والشفاء فيه يتم من ذاته لكن يعان بضغط خفيف وبعض وضعيات محللة

السادسة الورم الدمعي والناصور الدمعي

الورم الدمعي يسمى ايضا باستسقا الكيس الدمعي وبفتقه لكونه متكونا من تراكم الدموع في هذا الكيس حتى يظهر كانه خارج عن محله الذي هو شاغل له ومجلس هذا الورم الزاوية الكبيرة للعين وهو محدود ولا يتغير منه لون الجلد غالبا وحجمه صغير جدا ولا يسبب الا يسير تعب في حركتي الاجفان والمقلة واذا ضغط عليه بالاصبع انسكب ما فيه في الاصفار الدمعية او في القناة الانفية او فيهما معا فيحس المريض في طولها بسيلان جزء من السيال المحتوى هو عليه الى الخياشيم وهذا الورم في الابتداء يكون غير مؤلم ومحتويا على دموع ثم يلتهب الكيس تدريجا ويمتلئ من سيال اصفر مخاطي غير شفاف وتتألم جدرانه وتتقرح والجرح الصائر من هذا التقرح يبقى مفتوحا وتسيل منه الدموع فيتكون من ذلك الناصور الدمعي فالناصور الدمعي على هذا ليس الا نتيجة ورم دمعي والغالب ان فتحته تكون اسفل وتر العضلة الجفنية وقد تكون اعلاه فيكون هذا الناصور اعلى الجفن السفلى قليلا * وكل من الورم والناصور في الكيس الدمعي ينشأ من التهاب الغشاء المغشي للمسالك الدمعية سواء كان هذا الالتهاب اوليا فيه او آتيا اليه كما هو الغالب من سعي التهيج الذي نشأ اولا في الملتحم او الاجفان او الغشاء المخاطي للحفر الانفية وظواهر المرض من احرار الملتحم ونحوه والاستعصاء عن الاجزاء المصابة يدلان على حقيقة السبب والالتهاب قد يكون شديدا بحيث يحدث عنه تلف جدران الكيس الدمعي والاستحالات الفطرية فيه والتسوس والنيكروزس في العظام الانفية وبالجملة فيحدث فيه فسادا عظيما يمتد للاجزاء القريبة من الناصور ومعالجته اما بمضادات الالتهاب وذلك فيما اذا كان الورم بسيطا وغير مؤلم وصغير الحجم فانه يكفي غسل العين مرات كثيرة في اليوم والليلة بسيال ملين فان لم يكف هذا كرر وضع العلق على طول القناة الانفية من الخارج

الاسباب

المعالجة اما بمضادات الالتهاب

وكثيرا ما شوهد شفاء الاورام الدمعية بهذا القصد الموضعي مع انه كان يظهر ان العملية مضطر اليها * والتهاييل الملينة كثيرا ما تنفع بان توجه البخار للغياشيم من الجهة المصابة بواسطة قمع يكون صيوانه منطبقا على فتحة الوعاء الذي فيه المغلي * وكثيرا ما ينفع وضع المنفطات والخزم في نقرة القفا وكذا بقية المصرفات كالمقصي والحصة سيما اذا كان تهيج المسالك عتيقا مستعصيا اوصادرا عن غيبوبة تهيج داء آخر يراد ارجاعه ثانيا كالقوبا والجرب وبقية الامراض الجلدية * واما بالسبر وحقن المسالك الدمعية ويسمى ذلك بقاعدة انيل وهي تشتمل على عمليتين متغايرتين احداهما ادخال المسبار في احدى القناتين الدمعيتين والثانية حقنها وهذه القاعدة البديعة التي اخترعها هذا الجراح سميت باسمه * وكيفية العملية الاولى اعني سير مسير القناة ان يكون المريض جالسا معرضا الضوء شديدا ورأسه مستقر ومثبت على صدر مساعد والمستعمل في ذلك مسبار رقيق رفيع ينتهي ببزر صغير زيتوني الشكل وفي هذه العملية يمسك المسبار باليد اليمنى اذا كان الداء في العين اليسرى وباليسرى اذا كان في العين اليمنى ويمكن ان يمسك في هذه باليد اليمنى اذا وقف الجراح خلف المريض ثم يرفع الجفن العلوي برفق ويدخل المسبار من اعلى الى اسفل في الصفر الدمعي العلوي ثم يوجهه من الوحشية الى الانسية وقليلا من اعلى الى اسفل على حسب اتجاه القناة وعند وصول المسبار للكيس الدمعي يكف عن تمديد الجفن ويدفع المسبار من جهة الامام من اعلى الى اسفل برفق ما امكن من غير عنف ثم يدفعه بارماله باصبعيه الى اسفل على حسب اتجاه القناة الانفية حتى ينفذ طرف المسبار في الخيشوم ويتحقق ذلك من الاكلان الذي يحصل للمريض فيه ومن بعض قطرات دم ومن جود المسبار الذي يحس به سهولة بواسطة ادخال مجس قنوي يذهب به ذهابا افقيا من اسفل القرين السفلي واذا كان الحاجب زائد البروز حسن حني المسبار قليلا فاذا وقف عن الدخول لمانع فلا ينبغي ان يكبس عليه بعنف بل يخرج جزء منه ثم يدفع برفق واتجاه احسن من الاول مع فتله بين الاصابع برفق حذرا من انثقاب الغشاء وعلى الجراح ان لا ينسى

او بالتهاييل

او المصرفات

واما بقاعدة انيل

كيفية تنفيذ المسبار

كيفية الحقن

ان المقصود ليس قهر الموانع بعنف بل ادخال المسبار فى القناة التى صارت ضعيفة) وكيفية العملية الثانية اعنى حقن المسالك الدمعية ان يوضع المريض على ما ذكرنا فى السبر والالات اللازمة لذلك محقنة صغيرة تسمى محقنة انيل وهى محقنة تكون من فضة او من عاج او من زجاج لينظر السيال حين مروره وانابيب كثيرة مختلفة الغلظ مستدقة الطرف جدا لتنفذ فى الصفو الدمعى وتطابق المحقنة وتكون من الذهب او البلاتين لئلا ينسد ثقبها الضيقه من الصدا او الغبار لو كانت من غيرهما من المعادن ولذا يضع بعضهم فى ثقب الماسورة سلكا رفيعا جدا يخرجه عند الحقن وذلك لئلا يسدها الغبار * والسائلات المستعملة عموما

السائلات المستعملة فى الحقن

مختلفة الطبايع فبعضهم يستعمل الماء الملين فقط كماء الخبازى وبزر الكتان وبعضهم يستعمل منقوع زهر البلسان اوزهر الخبازى وبعضهم ماء الجير المحلول فيه قليل من العسل ويضعون عليه فى نهاية المعالجة قليلا من العرق او من بعض المياه الحديدية وبعضهم يستعمل منقوع السوسن الابيض محلى بالعسل وبعد امتلاء الحقنة من احد هذه السائلات يمسكها الجراح باليد اليمنى بين السبابة والوسطى اذا كانت العملية فى العين اليسرى واضعا ابهامها فى حلقة يد المحقنة وبعد خفض الجفن السفلى بسبابة يده الخالصة يدخل طرف الماسورة فى صفره الدمعى وذلك اجود من حقن العلوى لكونه اقصر واقل انحناء من العلوى موجها ذلك الطرف من اعلى الى اسفل ثم يخرق به قليلا من الوحشية الى الانسية ومن اعلى الى اسفل ثم يكبس على يد المحقنة كبسا لطيفا بحالة واحدة الى ان يتم الحقن والذى يدل على تمام العملية خروج السيال من الخياشيم فاذا اريد فعل العملية من الجهتين باليد اليمنى وقف الجراح خلف المريض عند حقن الجهة اليمنى كما يفعل ذلك فى السبر بالمسبار ويكرر الحقن مرتين او ثلاثا فى كل يوم اذا اريد ان تكون هذه الواسطة هى الرئيسة فى معالجة الناصور الدمعى وكثيرا ما يكون الحقن اقوى من المسبار فى تسليك سد القناة وينبغى استعماله اذا لم يحصل من السبر منفعة وكثيرا ما لا يصل السائل الى الخياشيم الا بعد ايام كثيرة وينبغى دوام استعمالها مدة اقلها شهر وربما احتيج الى اكثر من ذلك

كيفية لافوريست

* وقد اخترع جراح من باريز يسمى لافوريست منذ تسعين سنة كيفية نسبت له وهي ان تسبر القناة الانفية من اسفل الى اعلى والالات المستعملة في تلك الكيفية هي مسابير منحنية مصمتة ومجوفة كالقاثاطير المستعملة في المثانة غير انها صغيرة جدا بقدر قطر القناة المذكورة وحقنة صغيرة تنتهي بماسورة صغيرة تنطبق عليها المسابير المجوفة حالة الحقن وفي هذه الكيفية يجلس المريض على كرسي متوسط الارتفاع والمساعد يمسك رأسه والجراح يجلس امامه على كرسي اعلى من كرسي المريض ويمسك مسبارا من احد طرفيه ويدخل الطرف الثاني في الخيشوم نافذا به اسفل القرين السفلي في الفوهة السفلى للقناة الانفية وعند الوصول اليها يحرك المسبار نصف دورة بحيث ينزلق طرفه الداخل من اسفل الى اعلى ومن الوحشية الى الانسية وينزل طرفه الخارج الى الاسفل مع ميل قليل الى الوحشية وحينئذ فلا يبقى لاتمام ادخاله الا تحريكه حركة رفع وتنكيس ويتحقق وصوله لحافة الحجاج باللمس فيعلم بذلك اجتيازه جميع طول القناة الانفية ومتى حصل ادخال المسبار ابقى في محله ليحقن منه في اليوم مرات عديدة ويداوم على الحقن ما دامت الحاجة اليه ولو مدة طويلة وان كانت القناة الانفية محتقنة وفيها سدد فليدخل اولا مسبار مصمت يبقى فيها اياما ثم يبدل باخر مجوف لكن هذه الكيفية اهملت بسبب التعسرات الحاصلة في اتمامها * وكيفية انيل هي

كيفية انيل

المستعملة الان والمعالجة الاكثر لطفا المتكونة من هذه الوسايط كثيرا ما تكون نافعة في معالجة الورم والناصور الدمعيين وينبغي استعمالها دائما ولو احدث المرض تلفا عظيما واستدعى عمليات ثقيلة واذا اعين كل من مضادات الالتهاب والفصد الموضعي والمصرفات بالحقن حصل نفع عظيم يهيء الاجزاء لاحتمال تاثير الالات القاطعة بسبب انها تزيل الالتهاب الذي ربما سبب رجوع الداء وكثيرا ما شوهد نجاح المعالجة في احوال ثقيلة جدا * واما ضغط الورم

واما بضغط الورم

الدمعي فيظهر ان الجراحين من العرب هم اول من اوصى به وهو قاعدة مدحها بعض الجراحين المستجدين واستعملوا لذلك عصايب مركبة كثيرا وقليلا اى فانهم عملوا لذلك عصايب كالحزام الفتقي يحيط بالرأس وينزل منه هدب ذو لدونة

يضغط على الكيس الدمعي وكيفما كانت العصايب المكن استعمالها فالضغط
لا يؤثر الا فى الكيس الدمعي فيقرب جدرانه الى بعضها من غير ان تخلص القناة
من التلبك الحاصل فيها مع ان وجود السدد فيها هو نفس المرض وقد اهملت هذه
واما بالكي — القاعدة بالكلية فى هذا العصر) واما بالكي فالكاويات التى كان يستعملها القدماء
فى معالجة الناصور الدمعي خطرة جدا وهجرت بالكلية فى عصرنا هذا اى وكانت
تعملها مثل عملية دوكب فى قناة مجرى البول * وقد ظن ان شفاء الناصور الدمعي
يكون بثقب العظم الظفرى وهى قاعدة اخترعها طبيب انجليزى يسمى قولوزو
فكان يشق الكيس الدمعي ثم ينفذ فى العظم الظفرى ابرة من فولاذ حتى يوصلها
الى الخياشيم ويبقى الجرح مفتوحا بوضع اسطوانة من رصاص فيه فى الابتداء
كيفية مونرو — ثم انبوبة صغيرة من الذهب ويدع الجرح الظاهر ليلتحم عليها * ومونرو كان
يثقب الجدران الظاهرة للحفر الانفية بخراز معوج كالسنارة منحرف من اعلى الى
كيفية هنتير — اسفل) وهنتير كان يضع على العظم الظفرى آلة تسمى فاصلة القطع وهى كعارضة
القفاص التى يثقب بها الجريد وهى انبوبة حادة الطرف يضعها على المحل
ويضرب عليها بشئ فتخرج منها قطعة مدورة ويدخل فى الخياشيم صفيحة
كيفية اسكاربا — من قرن خلف العظم الظفرى لتكون نقطة ارتكاز لفصله * واسكاربا يدخل
فى الناصور انبوبة من فضة يرسل من باطنها محورا صغيرا محميا يحيل به الجزء
الباطنى من الكيس الدمعي والعظم الظفرى والغشاء المخاطى الى خشكريشة
وقاعدة ثقب العظم الظفرى بكيفياتها مهجورة عند العموم ولا ينبغى عملها
الا عند ما يكون التسوس افسد العظم الظفرى وازاله بالكلية واختلط تجويف
الكيس الدمعي بتجويف الحفر الانفية لكن هذا الفساد نادر جدا وحينئذ
فالطبيعة تكون تممت العملية من ذاتها وهنالك كيفيات كثيرة لمعالجة انسداد
القناة الانفية وحفظ سعة مناسبة لها مدحت احيانا وهجرت احيانا ولنذكر
معظم ما اخترع منها مهتمين باكثرها استعمالا واعظمها نفعا بحسب الظاهر
فنقول اما الجراح ميجن فاوصى بان يدخل مسبارا على هيئة ابرة فى الصفر الدمعي
العلوى حتى يخرج طرفه من الخيشوم فيربط فى هذا الطرف خيطا من حرير ثم يجذبه

ثانيا من الصقر الدمعى فيبقى الخيط فى مسير الدموع على هيئة خزام وهذه الكيفية
قد تركت * واما بوتو فكان يشق الكيس الدمعى فيما بين اللحيمة الدمعية وباطن
الجفن السفلى وينفذ فيه خزاما من القناة الانفية بواسطة مسبار على هيئة ابرة
يدخله فيهما من اسفل الى اعلى وهذه الكيفية لم يلتفت اليها والمستعمل الان اكثر من
غيره هى كيفية بوبنيت التى نوعها دسول والالات اللازمة لها مشرط مستقيم
ذو نصل ضيق ومسبار ساس من فضة ومجس قنوى اعتيادى وخيط متين غير
مشمع وفتيل يكون من جملة اخيطة من قطن يزاد فى حجمه تدريجا وبعد تحضير
ذلك يجلس المريض امام شباك مسندا رأسه على صدر مساعد ولتفرض العملية
فى الجهة اليسرى فيقف الجراح امام المريض والمساعد يجذب الجفنين الى جهة
الزاوية الوحشية ليمدد الجفنين فيزيد بذلك بروز وتر العضلة العينية ثم يضع الجراح
سبابته اليسرى على الحافة السفلى الانسية للحجاج حيث تكون الفوهة
العليا للقناة الانفية وتعرف ببروز الحافة العظمية التى ينتهى بها من الاعلى
الجدار المقدم للقناة الانفية ويدخل المشرط حالا اعلى هذه الحافة واسفل الوتر
والالة ممسوكة باليد اليمنى كما يمسك قلم الكتابة وظهرها يلى جهة الانف واتجاهها
عمودى على سطح الاجزاء وسنها مهدى على ظفر السبابة اليسرى الممددة
للجلد ثم يدخلها ادخالا يقرب للافقية حتى يدرك نفوذها فى الكيس بزوال
المقاومة ثم يرفع يد المشرط الى اعلى مقربا لها نحو الحاجب وينفذ سنه فى القناة
الانفية ثم يخرج جزأ من الالة ويزلق على وجهها المقدم المجس القنوى ويخرجها
فيكون المجس وصل للانف ثم يستدام على ادخال المجس حتى يصل الى الخياشيم
ويعرف وصوله هنالك بالاحتكاك اوسيلان بعض قطرات من الدم وهذا المجس
يكون كموصل لمسبار رفيع سلس من فضة على هيئة ابرة ينظم فى طرفه العلوى خيط
غير مشمع فحال وصول المسبار للخياشيم يخرج المجس ويوضع اسفل القرين السفلى
مجس قنوى ليكون كموصل للطرف السفلى من المسبار الذى ينحنى الى الامام
فيسهل حينئذ مسكه بالملقاط وجذبه مع الخيط الذى فيه من الخياشيم
الى الخارج اذا وجدت فتحة ناصورية يمكن ادخال المسبار فيها الا ينبغى شق الكيس

كيفية بوتو

كيفية بوبنيت

تنبيه

الدمعى واذا حصل للمريض مشاق عظيمة زمن تسليك القناة الانفية من سددها اقتصر على وضع الخيط وأخر باقى العملية الى ان تزول الاعراض الالتهابية ✻ والمعالجة التابعة وهى التى تكون بعد وضع الخيط ان يربط فى طرفه فتيل صغير من نسالة يدهن بمرهم جالينوس ويذهب به من اسفل الى اعلى فى القناة الانفية حتى يصل للكيس الدمعى ويربط فى الطرف السفلى للفتيل خيط آخر ليخرج به فى اليوم الثانى ويزاد فى حجم الفتيل كل يوم ويدخل حتى يسهل دخول اغلظ ما فيه ولا يكون ملوثا بقيح اصلا وهذا الفتيل يصير دوائيا بحسب الاحوال فيدهن بالاوكسيد الاحمر للزيبق اوبسولفات الشب المكلس اوغير ذلك مخلوطا بمرهم جالينوس اوبجسم شحمى والخيط السفلى يخفى فى الخيشوم والعلوى يجمع تحت قطعة صغيرة من حبر مصمغ اوقطعة الداخيلون التى يغطى بها الجرح او يوضع فى الجهة العليا ويثبت فى طربوش المريض وعند تغيير الجهاز كل مرة يعقد فى الطرف العلوى للخيط خيط جديد يدخل حال اخراج الفتيل من الاسفل ✻ ومدة هذه المعالجة من ثلاثة اشهر الى ستة ولا يوقف استعمال الفتيل الا اذا صار يدخل ويخرج بسهولة عظيمة وصار حجمه كحجم قلم الكتابة وصار يخرج غير ملوث بالصديد وكثيرا ما يضطر بعد التحام الجرح للعقن من الصفر الدمعى السفلى ويداوم عليه مدة طويلة ويعاد اذا ظهر ادنى عسر فى مرور الدموع فى القناة الانفية وان كان ذلك لا يصون المريض عن النكسة ✻ وكيفية اسكاربا ان يبدل الفتيل بمرود يدخل فى القناة الانفية ويكون من رصاص اومن فضة له رأس صغير على هيئة رأس المسمار يغطى بقطعة من الحبر المصمغ وفى كل ثمانية ايام ينظف هذا المرود ويداوم المريض على ذلك من ستة اشهر الى عشرة بل سنة مع منع الجرح الظاهر عن الالتحام ونتايج هذه القاعدة ليست اجود من نتايج القواعد السابقة ✻ واثنان جراحان من الفرانساوية احدهما يسمى پليبيه والثانى فوبير اوصيا على توسيع القناة الانفية بواسطة مسابير وكيفيتهما كانت مهجورة الى ان اظهرها دوپيترن واتقنها وفهم هذا المعلم ان عدم نجاح معظم الكيفيات المعتادة صادر من قصر مدة تأثير الوسائط المقاومة للد

المعالجة التابعة

نتيجة هذه العملية

كيفية اسكاربا

ادخال المسمار فى القناة الانفية

بالنسبة لسببه الذى يظهر انه يستمر مؤثرا مدة طويلة جدا بحيث لو استمرت المعالجة مدة اشهر بل سنين لم يزل ذلك السبب قويا فيحدث عنه تورم الغشاء المغشى للحفر الانفية ثانيا وانسداد تجويفها فلذلك بحث المعلم المذكور عن واسطة يكون تأثيرها مستمرا وتكفى لارجاع الدموع الى مسلكها فوجد ذلك فى ادخال الانابيب المستمرة وسميت بالمستمرة لبقائها مدة العمر فلا تخرج فهى بمنزلة الاسنان المصنوعة تبقى مدة حياة الانسان فى القناة الانفية والالات المستعملة فى ذلك هى اولا انبوبة من ذهب او فضة طولها من عشرة خطوط الى اثنى عشر مخروطية الشكل غليظة من اعلى اكبر من الاسفل وطرفها الغليظ موشح بحوية متوسطة الثخن يوجد حذاءها من الباطن تلم حلقى وتكون منحنية فى طولها قليلا لتوافق شكل القناة الانفية وطرفها الرفيع مكشوط كشطا انحرافيا اى كقلم الكتابة بحيث تلى فتحته تقعير انحنائه وحكمة ذلك انه اذا سقط لا ينسد بالسطح الذى يسقط هو عليه بل لكون ثقبه منحرفا لا ينسد وثانيا ميل يسمى حامل الانبوبة من حديد منحن على زاوية يكون احد جزئيه مبروما يطابق باطن الانبوبة مطابقة محكمة ويسهل خروجه ودخوله فيها والجزء الاخر مفرطحا طوله ثلاثة قراريط ويكون يدا للالة * وبعد فتح الكيس الدمعى كما مر يزلق الميل موضوعا فى انبوبته على نصل المشرط ثم يخرج المشرط ويكبس على الميل الداخل فى الانبوبة كبسا معتدلا حتى ينفذ فى القناة الانفية وتغور حوية الانبوبة فى باطن الكيس الدمعى فلا يحصل عايق عن التحام الجرح الظاهر ثم يخرج السيخ ويتحقق كون الانبوبة وضعت وضعا جيدا بالعصر على الانف بين الاصابع وتحريك المريض حركة عنيفة كانه يمخط فيشاهد حينئذ خروج دم من الجرح معه هوآ فان ذلك يدل على حصول الاستطراق بين الكيس الدمعى والحفر الانفية ثم يغطى الجرح بقطعة من حبر مصمغ فان الالتحام قد يحصل فى اربعة وعشرين ساعة واذا ابطأ فلا تطول مدته فى اكثر الاحوال * واكثر المرضى المعمول لهم هذه العملية يشفون فى ايام قلايل ونهاية ما يشاهد فيهم ان يكون من العشرين اثنان تتحرك الانبوبة فيهما وتسقط فى الحفر الانفية

طريقة وضع الانبوبة

منافع هذه العملية

اوتصعد تحت اثرة الكيس الدمعي ويندران تشاهد فيهم اعراض التهاب يستدعي
اخراج الجسم الغريب فان اضطر لذلك سهل اخراجه بواسطة سيخ يتفرع طرفه
الى فرعين لدنين يجعل طرفاهما على هيئة كلاب اذا تباعدا عن بعضهما فى باطن
الانبوبة وقفا فى التلم الذى فى تجويف الانبوبة خلف حوية جزئها العلوى *
واغلب الاحوال يكفي فيه لشفاء المرضى القصد الموضعي والوضعيات الملينة
والحقن والمصرفات واذا كان هنالك تلف عظيم فى الجدار الانفى الدمعي من التسوس
او النيكروزيس ابدل الناصور الظاهر بناصور باطن بثقب العظم الظفرى فان لم
تنجح المعالجة المذكورة فى بعض الاحوال فكيفية دبويترن هى الاسهل والاعمن

تاملات فى وضع المعالجة المذكورة سابقا

السابع اسكيروس الغدة الدمعية

قد شوهد ان الغدة الدمعية صارت اسكيروسية فتكون فى الجهة الوحشية
من الحجاج وربما صلبا يدفع المقلة الى الانسية فيعوقها عن ممارسة وظائفها
فاذا استعصى هذا الداء عن جميع وسائط الصناعة اضطر لاستئصال الغدة التى
هى مجلس له وينبغى لذلك ان يوضع المريض وضعا جيدا مثبتا ونشق الزاوية
الوحشية للعين ثم تبعد حافتا الجرح وتمسك الغدة المتورمة بملقاط كلابى
مزدوج وتزال جميع الاربطة الحافظة لها مع حفظ المقلة وعضلاتها اى لانه
اذا اصيبت العضلة المبعدة للمقلة حصل الحول والاعصاب المحيية لها ويحبس
النزيف بالربط اوبالسد على قاعدة جيدة ويحفظ الجهاز بالرباط المسمى بالاعور
اوبالعين البسيطة وهو ان تؤخذ عصابة طولها ستة اذرع اوسبعة وعرضها
ثلاثة اصابع تلف على هيئة اسطوانة ثم يلف منها على الرأس لفتان افقيتان
ثم يمر بهما من خلف القفا على اسفل الاذن من الجهة المريضة ومن هنالك يصعد بها
مع انحراف على الخد والعين المريضة وعلى الجبهة والجزء من الجدار المقابل للجهة
المريضة ثم ينزل به على القفا ويكرر هذا اللف المنحرف مرتين اوثلاثا اواربعا
ثم ينهى بلفتين حلقيتين على الجمجمة وهذا الحفاظ يمكن ابداله بعصابة بسيطة

المبحث الثانى فى آفات الاجفان وهى خمس عشرة آفة

الاولى

الاولى جروح الاجفان

جروح الاجفان تحصل من آلات واخزة اوقاطعة والاولى بندوجدا لكونها مقصورة على الاجفان ولاتستدعى انتباه الجراح الااذا كانت مصحوبة بآفات فى المقلة اوفى الحجاج ثم ان كانت هذه الجروح بسيطة فالوضعيات المحللة والملينة تمنع حصول الالتهاب وتسهل التحامها والثانية ان كانت واسعة وفى نسيج الاجفان فقد تستدعى بعض عمليات عسرة والتى منها تكون موازية لثنيات الاربطة المستعرضة الجفنية يسهل انضمامها بواسطة عصايب من الحبر المصمغ ولا يسهل ذلك فى الجروح الطولية الواقعة فى سمك الجفن كله الواصلة للحافة السائبة من الجفن لان الغضروف الضفيري حينئذ من حيث انه منفصل تتقلص اطرافه وتتباعد شفتا الجرح عن بعضهما وذلك مما يمنع انضمامهما بواسطة اللزق اللزجة والذى ينبغى حينئذ ان يعمل قرب الحافة الهدبية للجفن غرزة خياطة لفية لتمنع التحام كل من شفتى الجرح على حدتها بان تنفذ ابرة رفيعة من احد الجزئين المنفصلين الى الآخر بالقرب من الخط المتكون من الهدب ما امكن ويحذر من ان تنفذ فى الملتحم ومنفعة هذه الغرزة تقريب الجزئين من بعضهما تقريبا محكما ويضم باقى الجرح بواسطة عصايب لزجة ومن اللازم ان تجعل الاجفان فى حالة راحة كاملة الى ان تلتحم الاجزاء ببعضها ❋ اما اذا التحم كل من الاجزاء على حدته فى الحوافى السايبة من الاجفان فقد يحدث منه تشوه كريه فى الجفن بل قد يحصل منه التهاب مستعص فى المقلة لكونها تبقى دائما معرضة لتأثير الهواء فيها من محل تفرق الاتصال وقد اوصى لازالة هذا التشوه بان تعمل هنا العملية المشابهة لعملية الشفة الارنبية فى تدمية حوافى الجرح ثم ضمها بواسطة الخياطة اللفية ومع كون هذه العملية تكلم عليها كثير من المؤلفين يمكن انها لا تنجح لان تتميمها لا بد وان يستدعى زيادة زوال جوهر واذا لم تنجح حصل للمريض زيادة تشوه وتعب اكثر مما كان فالاولى ان لا يصنع شئ فى هذا العضو اذا لم يحصل للمقلة ضرر من هذا التفرق فان اضطر للعملية فالاجود ان تبدل بقطع زوايتى طرف

تفرق الاتصال بحيث يصير الشق الضيق الطويل فى الجفن تقويرا فيه قليل استدارة فقته تقرب من الجفن المقابل لانه بهذه الكيفية ينطبق الجفن العلوى على السفلى بواسطة التقوير ويقل التشوه وتزول جميع مضار الداء

الثانية رض الاجفان

الغالب ان رض الاجفان يكون قليل الثقل اذا لم يكن واصلا للمقلة والغالب ايضا انه يسبب سريان دم فى النسيج الخلوى تحت الجلد لانه فى هذا المحل مسترخ وكثير وداخل فى تكوين العضو فيكون هناك كدما ومما يسبب الكدم فى هذا المحل وضع العلق على الجفن العلوى او بالقرب منه والغالب ان بعض الوضعيات المحللة كالرفائد المغموسة فى الماء المحلول فيه اشيتات الرصاص اى خل الرصاص تكفى لازالة هذه العوارض التى يشاهد عقبها بعض ضعف فى الاجفان يستدعى الوضعيات المقوية كالنبيذ ونحوه

الثالثة حرق الاجفان

حرق الاجفان يستدعى انتباها خصوصيا نظرا لسهولة حصول التشوه فى هذه الاعضاء المتحركة العديمة المقاومة من الاثرة الضيقة التى تتكون فيها او بقربها فيهتم بالحرص على ان لا تتقارب حوافى جرح الجلد الى بعضها وتلتحم فيحصل انقلاب فى الجفن وذلك بان توضع اللزق اللزجة على الاجفان لتحفظها منبسطة ملامسة لبعضها فلا تزوغ بتقلص النسيج عن وضعها الاصلى الطبيعى فان حصل ذلك سواء كان من عدم كفاية الوسائط المستعملة او من اهمال استعمالها نظرا فان كان يمكن نجاح قطع الاربطة القالبة للاجفان ليحصل من قطعها اثرة عريضة جدا لا تحدث التشوه المذكور فليفعل لكنه يبعد ان يعقب هذه العملية نجاح بسبب ان القوة التى تحدث بها الازرار الخلوية الوعائية تشد الجلد نحو مركز الجرح

الرابعة الالتصاق الخلقى فى الاجفان

قد تولد الاطفال وحوافي اجفانها ملتصقة ببعضها بواسطة غشاء متوسط بينهما او بدونه فان لم يكن هذا الالتصاق كاملا تمم فصل العضوين بمشرط ذى زر ضيق النصل او بمقص يجرى نصله على محراف قنوى وان كان كاملا فليشق اولا جزء من الجفن بالقرب من الزاوية الوحشية بمشرط حاد ثم تكمل العملية على ما ذكرنا اولا وينبغي بعد فراغ العملية ان يحتفظ على عدم التصاقهما ثانيا بوضع جسم شحمى فيما بينهما

الخامسة التصاق الاجفان بالمقلة

السطح الخلفي للاجفان سيما العلوى منها قد يكون ملتصقا بالوجه المقدم للمقلة وهذا العارض يندر ان يكون خلقيا والغالب ان يحصل عقب جروح او قروح في الملتحم الجفني والمقلى معا واذا كان هذا الالتصاق واسعا كان الداء ثقيلا جدا ومن المعلوم انه ان كان في محل القرنية ابقى في هذه الطبقة نقطا تؤذى الابصار ثم ان كان هذا الالتصاق مسترخيا جزئيا سهل فصله بعد قلب الجفن بمقص رفيع او بمشرط وان كان محكما استدعى تشريحا طويلا دقيقا مقربا به الى الجفن اكثر من المقلة الا انه يندر نجاحه وكثيرا ما شوهد عوده وبعد اتمام هذه العمليات ينبغي وضع جسم شحمى فيما بين الجفن والمقلة والاكثار من تحريك الجفن او من ادخال مسبار مبروم رفيع بينهما اى ويكون ذا زر او استعمال الحقن ليمنع كل من ذلك عود الالتصاق ثانيا

السادسة تهيج غدد ميبوميوس

وكثيرا ما تكون الحافة السائبة للاجفان سيما الاجربة الكائنة فيها مجلس تهيج تنبغي مقاومته بالمرطبات والمصرفات والعلق على الوجه الباطن للاجفان وتنجح مقاومته اذا كان معه الم قليل بمرهم ديسولت وهو الذى قاعدته السرور الاحمر للزيبق او جنبيه او غيرهما من الاستحضارات التى طبيعتها كذلك

السابعة قروح الحوافي السائبة للاجفان

متى صارت الالتهابات المذكورة مزمنة فكثيرا ما تحدث فى حوافى الاجفان قروحا صغيرة تستدعى استعمال الوسائط المذكورة فان لم تزل مع ذلك مستعصية فكيها بالحجر الجهنمى ينتج نتائج جيدة

الثامنة الشترة الخارجة

الشترة الخارجة هى انقلاب الجفن الى الخارج انقلابا يصدر عند عدم انسباله على المقلة انسبالا كاملا والجفن السفلى معرض لها اكثر من العلوى لكونه اقصر من العلوى فهو قريب التقلص ويحصل من تقلص الجلد عقب التحام قرحة او جرح او حرق والغالب انه يصدر من تورم الملتحم الجفنى او استرخائه والاولى فى الحالة الثانية ان يبدل شق جلد الجفن لقصد تطويله كما كان يفعله القدماء بتوجيه المعالجة للغشاء المخاطى فاذا لم يكن هنالك الا انتفاخ فى الملتحم شرط او قطع جزء منه ليستفرغ احتقانه وينقص حجمه فيشفى وهذه العملية سهلة الاتمام فيمسك الجراح الجزء الزائد من الغشاء بملقاط ويقطعه مرة واحدة بمقص حاد منحن على احد سطحيه وبعض الجراحين يستعمل لازالة هذا الداء نيترات الفضة والانقلاب اذا كان فى الجفن العلوى صيره مرتفعا دائما والمقلة معرضة لملامسة الهواء وقد سمى القدماء هذا الانقلاب بالعين الارنبية وكثيرا ما عجزت الصناعة عن شفاء الانقلاب بانواعه

التاسعة التولدات فى الملتحم الجفنى

قد ينشأ فى الملتحم الجفنى بعض تولدات تقلبه الى الخارج فتقطع هذه التولدات على نحو ما ذكرآنفا

العاشرة الانخانتيس

والانخانتيس ورم يظهر فى الزاوية الانسية للعين ويصدر عن داء فى اللحيمة الدمعية وحجمه يختلف من حبة البسلة الى جمع الكف وهذا الورم تارة يكون تولدا فطريا ساذجا فى اللحيمة فيسميه المؤلفون بالانخانتيس السليم وتارة يكون

وسمى الارنبية زعما منهم بان الارنب ينام وعينه مفتوحة فحال العين المقلوب جفنها كحال عين الارنب

سرطانيا فيسمونه بالانجانتيس الخبيث واعراض النوعين مختلفة ويمكن شفاء الاول باستعمال الوضعيات القابضة او بنيترات الفضة الاان تاثير الوضعيات لايكون سريعا ولا مؤلما مثل الالات القاطعة واما الثانى فيستدعى عملية الاستئصال بالالات القاطعة والجرح الحاصل من قطع الورم ينبغى كيه بالمحاوير المحماة وينبغى فى هذه العملية ان لا تقطع اللحيمة الدمعية لانه ينتج من قطعها تدمع غير قابل للشفاء وان يشرح تشعب الورم كله باحتراس زائد ليتدارك بذلك عدم رجوع الداء ثانيا وبعد العملية يداوى النزيف ويمنع بالغسل بالماء البارد والغالب ان الجرح يلتحم بسهولة لكن ان كان الورم سرطانيا يخشى من تولد الداء ثانيا وحينئذ فيصير الجرح فطوبار ماديا وينبغى مسه بالحجر الجهنمى مرات كثيرة فان لم يكف ذلك كوى المحل بالمحاوير المحماة ومع ذلك فقد يسرى الداء حتى يصيب المقلة وحينئذ فيضطر الى استئصالها

الحادية عشر الشترة الداخلة

الشترة الداخلة هى انقلاب الحافة السايبة للجفن نحو المقلة والغالب انها تصدر اما عن افراط طول جلد الجفن المريض او استرخائه واما عن زوال جوهر من الملتحم الجفنى فيصير قصيرا او يجذب نحو الغضروف الضفيرى وهى بعكس الخارجة لحصولها فى الجفن العلوى اكثر منه فى الجفن السفلى والعوارض الناشئة عنها التى هى نتيجة دوام تأثير الاهداب الزايغة بانحرافها نحو المقلة فى الملتحم او القرنية هى التهيج والاحمرار الدائم والالتهاب المزمن فى السطح الظاهر من المقلة وكذا التقرح والاستحالات فى كثير من الاشخاص * وعلاج الشترة الداخلة ان كانت حاصلة من استرخاء ساذج فى جلد الاجفان كما يشاهد ذلك عقب اوذيمتها او كدمها المتسع ان يجتهد فى ترجيع القوة الحيوية التى فقدتها بواسطة المكمدات من روح العرقى والقوابض وان كانت حاصلة من سوء وضع العضو فاما بتقويم الغضروف الضفيرى وتعديله وحفظ الجفن مدة مايلا الى الخارج بواسطة الاشرطة اللزجة وذلك بان يبعد الجراح الحافة الهدبية الزايغة

المعالجة بالمكمدات

اوالاشرطة اللزجة

عن المقلة ويضع على الجلد وضعا عموديا عصابتين او ثلاث من الحبر المصمغ طول كل عصابة قيراط ونصف وعرضها استة خطوط اى نصف قيراط وهذه الواسطة لا تنفع الا فى الشترة الخفيفة الجديدة * واما فى الاحوال الثقيلة التى صار الجلد فيها مستطيلا جدا او حصل فى الملتحم الجفنى زوال جوهر كثير فينبغى لشفائها ان يقطع جزء من جلد الجفن المصاب وكيفية هذه العملية ان يوضع المريض وضعا لايقاويجذب الجراح الى الخارج بطرف ملقاط الاهداب الزايغة ثم يمسك بالجفت التشريحى او بطرف السبابة والابهام جلد الجفن المصاب ويثنيه ثنية يكون وسطها محاذيا لوسط سعة الاهداب المنقلبة ثم يرفع الثنية كثيرا او قليلا على حسب كون انقلاب الضفيرة او انقلاب الاهداب كثيرا او قليلا حتى تعود الاهداب الى اتجاهها الطبيعى ثم يقطع هذه الثنية بالمقص المستقيم او المنحنى على جانبه الذى يكون على هيئة منقار الطائر المسمى بالكركى وعليه ان يجتهد فى ان يكون الكشط قريبا من الضفيرة لانه بدون ذلك قد يعود الداء بعد شفاء الجرح واذا كانت الشترة مزدوجة اى فى الجفنين معا عملت العملية فى جلسة واحدة يبدأ فيها بالجفن السفلى احترازا عن مشقة سيلان الدم ثم الجفن العلوى وبعد تتميم العملية تقرب حوافى الجرح ملامسة لبعضها بواسطة اشرطة لزجة ضيقة توضع وضعا عموديا من الحاجب الى الوجنة ويثبت ذلك بالحفاظ الاعورى

او قطع جزء من جلد الجفن

الثانية عشر الشعرة

الشعرة سوء اتجاه شعرة او اكثر من اهداب الاجفان فتتجه ملامسة للمقلة من غير زوغان فى حافة الجفن والفرق بين الشعرة والشترة الداخلة ان حافة الجفن فى الثانية هى المايلة للداخل والهدب حافظ لوضعه الاصلى الطبيعى واما فى الاولى فوضع الغضروف الضفيرى منها على حالة جيدة والزايغ نحو المقلة انما هو الاهداب وكل من الجفنين وان كان محلا للشعرة الا انها تشاهد فى الجفن العلوى اكثر ووجودها فيه متعب اكثر منه فى السفلى بسبب كثرة حركته والاهداب فى الجفنين تارة تنقلب كلها وتارة لا ينقلب منها الا البعض وهذا الداء قد ينشأ

من قروح صغيرة تتولد على الغضروف الضفري وقد ينشأ من غير قروح بل بدون تقدم التهاب بالكلية ويظهر حينئذ انه صادر من سوء اتجاه طبيعي لبصيلات الاهداب وهنالك بعض اشخاص يشاهد فيهم صفان من الاهداب احدهما يتجه نحو المقلة وثانيهما حافظ لاتجاهه الطبيعي وفي هذه الحالة يسمى المرض بالديستريكيازس والعوارض الناشئة من هذا المرض لاتخالف العوارض المشروحة في الشترة الداخلة ومعالجة الشعر قلها وسايط كثيرة في الصناعة منها ما هو للاصلاح الوقتي وهو تنقية اشعرات الزايغة بنحو ملقاط وذلك فيما اذا كان الداء مجرد زوغان بسيط في الاهداب لكنها تعود سريعا اذا لم تستأصل معها البصيلات ومنها ما يمنع عودها وهو الكي بالمحاويز او بالجواهر الكاوية والمستعمل الان في الاول سهم لاسن له يوجد قريبا من طرفه بخمسة خطوط اوستة زر صغير حجمه كالفندقة ليحفظ في طرف السهم كمية الحرارة اللازمة للكي وقبل الان لم يستعمل الاسهم اعتيادي يبرد قبل وصوله للجفن ويبقى عديم التأثير وهذه الالة تنتهي بيد من خشب لتمسك بها وكيفية الكي بها ان يجلس المريض كما في بقية عمليات العين وبعد ان تحمى الالة حتى تصير بيضا يمسكها الجراح من يدها بيده اليمنى ويبعد باليسرى الجفن عن المقلة ماسكا له من حافته السايبة ويذهب بطرف الالة الكاوية في ثقوب الشعر المستأصل ولا تنجح العملية في الغالب بمرة واحدة بل لابد من تكرارها والاهداب التي تنتف تبدل سريعا باهداب جديدة يكون سوء اتجاهها كالاولى ولا تتولد ثانيا الا بعد النتف والكي ثلاث مرات او اربع بل اكثر والاهداب التي تتولد عن النتف الاول تكون في الغالب ارفع من الاولى واضعف منها واقل طولا وهذه الطريقة قد لا تنجح وهي وحدها النافعة اذا كان هنالك صفا اهداب متجهان نحو المقلة والمختار في الثاني عند بعض الجراحين كي البصيلات بالحجر الجهنمي فيبرى كقلم الرصاص ويدخل في منابت الاهداب والمعلم كالاوصى بطريقة تزال بها الاهداب المتجهة اتجاها رديئا ويظهر انها أعمن من الطرق السابقة وهي ان يجلس المريض جلوسا مناسبا ويرفع الجراح الجفن ويبعد شعر الاهداب الزايغ ويقيس المسافة الشاغلة لها

ويخط بقلم مغموس فى الحبر على جلد الجفن المصاب خطا موازيا للحافة السايبة
للجفن بعيدا عنها بقدر ربع خط وسعته تكون بقدر المسافة المشغولة بالاهداب
الزايغة وبعد فعل ذلك يدخل فيما بين الجفن والمقلة آلة على هيئة ملعقة توجد
فى سطحها المحدب الملتفت الى الامام قناة ينبغى ان تحاذى الحافة السايبة للجفن
وهذه الالة المعدة لرفع الجفن وتمديده ووقاية المقلة يمسكها مساعد ويشق حينئذ
الجراح شقين عمودين على جلد الجفن فقط بمشرط ذى نصل ضيق متباعدين
عن بعضهما بقدر الخط المعلم اولا وهذان الشقان يبتدأن من اعلى الحافة
السايبة للجفن بقدر خط ونصف وينتهيان فى هذه الحافة ثم يضمهما بشق ثالث
مستعرض ممتد من احدهما الى الاخر يفصل به الجلد فيما بين الخط المخطوط بالحبر
والحافة السايبة للجفن ثم يفصل الهدب المحاط بهذه الشقوق الثلاثة بالمشرط
ويرفع ويغسل الجرح وتشاهد حينئذ بصيلات الاهداب متعرية فتمسك بالملقاط
وتستأصل واحدة فواحدة بسن المشرط اوتكوى بقلم رفيع مغموس فى حامض
النيتريك اى حمض ملح البارود ثم يرد الهدب الجلدى على الجرح ويحفظ ملامسا له
بقطعة من صندل مصمغ فالاهداب التى ازيلت بصيلاتها تسقط فى نحو اليوم
السادس لكن الاجود ان تستأصل حالا لئلا يستطيل زمن ملامستها للملتحم
وزمن الالم الناتج عنه وهذه العملية فى غاية من البداعة والنجاح لكن عملها طويل
دقيق جدا ويرشد اليه على الخصوص اذا لم يكن هنالك الا بعض هدب زائد

الثالثة عشر الشعيرة

الشعيرة بثرة صغيرة فى احد الجفنين سيما العلوى فى الحافة السايبة منه اى
الهدبية قريبا من الزاوية الانسية وسمى هذ الورم بالشعيرة لمشابهته لها فى الحجم
والطول والشكل والاستدارة والشعيرة كالدمل كثيرا ماتكون صادرة
من تهيج معدى وتحدث لبعض النساء فى نوب حيضهن ولغير النساء فى اوقات
مختلفة من السنة وتبتدئ باحرار صغير من الحافة السايبة للجفن وكثيرا
ماانتهت بالتحليل بوضع الماء البارد فان لم تحلل بذلك التجئ للوضعيات الملينة

ودووم على استعمالها حتى تخرج امالقيح ويمكن تسهيل خروجها بعصر الجفن برفق وقد يبقى فى الجفن بعد الالتحام استرخاء وبعض احتقان فيستعمل حينئذ البرودات المحللة

الرابعة عشر الاورام المتكيسة فى الاجفان

اعلم انه كثيرا ما تكون الاجفان مجلس اورام صغيرة متكيسة صلبة غير مؤلمة محدودة مستديرة تتحرك تحت الاصبع عند الغمز عليها وحجمها فى الابتداء يكون كحبة الدخن ثم تزيد فتبلغ حجم العدسة اوالفندقة وقد تبلغ حجم الجوزة والغالب انها تشغل وسط الجفن اما تحت الجلد اوتحت الغشاء المخاطى ففى الحالة الاولى يكون رفعها للجلد عظيما وتبرز للخارج وفى الحالة الثانية يكون بروزها للخارج اقل منه للباطن فاذا قلب الجفن وجدت مغطاة بالملتحم فقط والحالة الثانية اكثروقوعا من الاولى وانتهاء الاورام المتكيسة بالتحليل عسر التحصيل لكنه قد حصل بوضع لاصوق من صابون ودياخليون مصمغ ومع ذلك فتأثير هذه الواسطة بطىء وغير اكيد والاسهل والاسرع استئصال الورم بكيسه وينبغى لهذه العملية كون المريض جالسا مثبتا رأسه كما فى بقية عمليات العين ثم ان كان الورم تحت الجلد شق عليه على حسب اتجاه غضون جلد الجفن لتختفى الاثرة التى تحصل من العملية فى ثنيات الجلد ثم يفصل الجلد بسلخه مع الاجتهاد فى التحرز عن فتح الورم ثم يقبض على الورم بجفت اوكلاب ويقص بمقراض اويقطع بمشرط وان كان تحت الملتحم مسكت الحافة السائبة للجفن وقلب فيشاهد الورم تحت الغشاء ويشق عليه بالعرض شقا طويلا مستطيلا لاغائرا ليخرج الورم بسهولة من حوافى الشق ثم يستخرج ويتم استئصاله كما ذكر آنفا فان انفتح الكيس وجب استفراغه وقطع جدرانه وكى ما لا يمكن استئصاله والتقيح بعد ذلك يكفى لازالة ما بقى من الغشاء الغير الطبيعى فان كانت العملية فى الجلد ضمت حوافى الجرح بالعصائب اللزجة وان كان الشق فى الملتحم رد الجفن منسبلا وغسل بمغلى ملين فبذلك يلتحم الجرح من ذاته

الخامسة عشر سرطان الاجفان

الاجفان كالشفتين وبقية اجزاء الوجه معرضة لان تصير محلس اورام النهاية تسهل استحالتها للسرطان ومنسوجها الخلوى قد يحتقن وييبس ويصير اسكيروسيا او يحصل فيه احتقان يعظم حجمه فى مدة يسيرة وقد يتولد فى الاجفان بعض تآليل تكفى لان يتسبب عنها تسرطنها وتعرف الازرار السرطانية فى الاجفان بزرقة لونها وميلها للتقيح وحرقة ألمها التى هى دائما محلس له وهذه الاحتقانات الاسكيروسية تكون غالبا نتيجة التهاب مزمن ولكون استعمال الجواهر المهيجة مما يثير الاعراض المصاحبة للسرطان كان الذى ينبغى فى هذا الداء ان يبتدئ بمقاومته بالوضعيات الملينة والفصد الموضعى والتجريبيات الاكلينكية لم تزل آخذة فى اثبات زيادة نتايج هذه المعالجة الجيدة فى جميع انواع السرطان فان لم تكف الادوية لشفائه وجب قطعه وهو عملية سهلة فيمسك السرطان بجفت ويجذب ثم يقطع بشق هلالى فان كان محل السرطان فى احد ملتقى الجفنين قطع بشقين منحرفين بحيث يلتقيان على زاوية حادة ثم تربط الشرايين ويضم الجرح بغرزة خياطة تقرب الى المقلة ما امكن ثم ان كانت العملية فى الزاوية الانسية من العين اعقبها سلس دموع مستمر

المبحث الثالث فى آفات المقلة وهى ثمان وعشرون آفة

الاولى الرمد

الرمد التهاب الغشاء المخاطى المغشى للمقلة والسطح الباطن من الاجفان وهو داء محدق بالنوع البشرى سيما فى الديار المصرية حتى كانه جنسى فيها ومن اللازم ان تتقن معرفته اتقانا جيدا نظر الكون وظيفة العضو الذى هو محلس له مهمة جدا ولكون مقاومته لتندفع عوارضه المحزنة التى منها العمى الذى هو كثير الحصول واجبة ايضا ومحلسه الملتحم والغضروف الضغيرى ونفس المقلة ويكون حادا ومزمنا ومنه نشأت جميع الآفات التى نحن منتصبون

اسبابه الظاهرة

لشرحها هنا فهو المبدأ لها والموجب لكثرتها وثقلها * واسبابه كثيرة وتنقسم الى ظاهرة وباطنة فالاسباب الظاهرة وجود جسم غريب وانقلاب الاهداب الى الداخل والرض وقروح المقلة او الاجزاء المجاورة لها والتعرض لتأثير الهواء البارد الرطب زمنا طويلا والاستمرار على النظر لضوء شديد منعكس من الاجسام البيضا وكثرة حصول الرمد فى بعض السنين او الفصول توجبنا لان نتفكر فى انه توجد فى الجو حالة تعين على حدوث هذا الداء كما شوهد ذلك فى التهابات اخر وقد يحدث الرمد من برد الرأس فجأة بالانتقال من الحر الى البرد دفعة ومن الهواء الشمالى المشتد ومن السفر زمن الحر فى الاماكن الرطبة الفاسدة وينشأ الرمد ايضا من كثرة دوام شغل عضو البصر كالسهر الطويل والمطالعة الطويلة المتكررة سيما على ضوء المصابيح الشديدة الضوء ومن كثرة التعرض لتأثير الدخان وحرارة الكوانين وضوئها او لهواء مفعم من غبار او ابخرة نوشادرية او حمضية فانه كثيرا ما شوهد ان الزجاجين الملازمين لمعامل الزجاج والفخارين والسباكين والحدادين والنحاتين للاحجار والخبازين والطحانين والصباغين والجباسين والكيماويين ومصلحى الساعات والمكثرين من المطالعة مهيئون للرمد اكثر من غيرهم وكذا اسكان المنطقة الجليدية لكون الضوء يأتيهم على الدوام منعكسا من الثلج ومثلهم سكان الاماكن الرملية لكون شعاع الشمس يأتيهم منعكسا من الرمل الابيض المتصاعد فى الهواء لدقته اى فكل من هؤلاء معرض للرمد * واما الاسباب الباطنة فمنها تهيج القناة الهضمية فانه كثيرا ما يكون الرمد عرضا للتهيج فيها ناشئ من الافراط فى المشروبات الروحية والاغذية المنبهة ونحو ذلك ومنها احتباس سيلان اعتيادى ذى نوب كالطمث وسيلان باسورى وجفاف نفاطة او كى ونحوه دفعة او قرحة عتيقة وكثيرا ما يتسبب عن ارتداع قوبا او جرب او طفحات جلدية وكثيرا ما يكون كل من الجدرى وداء الخنازير والافرنجى سببا لرمد ذى صفات مخصوصة * واما سببه فى الديار المصرية فالذى يظهر انه جنسى فيها لكونه مستوليا فيها فى اكثر الاوقات ويشاهد فيها كثير من العميان واكثر سكانها مصابون بامراض

اسبابه الباطنة

اسبابه فى الديار المصرية

العين وهذا الداء يصيب الشيوخ والشبان والذكور والاناث والاغنيا والفقرا وسكان المدن والقرى على حد سوا وهو فى الاقليم البحرى اكثر منه فى الاوسط والقبلى ويظهر لى ان سكان الاماكن الرطبة القليلة الهواء والضوء معرضون له اكثر من غيرهم سيما اليهود المصريون فان اغلبهم مريض العين بل اكثرهم اعمى لهذا السبب ولرداءة اغذيتهم ايضا ويعلم من التواريخ ان هذا الداء معروف عند القدماء من المصريين فانه مذكور فيها ان جملة من ملوك الفراعنة حصل لهم العمى والحيوانات معرضة ايضا لامراض العين سيما الكلاب والخيل والحمير والبقر والابل ومجموع ذلك يدل على ان الرمد جنسى فى الاقاليم المصرية وانه يكون فى جميع الفصول ويزيد فى فصل الحراعنى من ابتداء الصيف الى انتهاء الخريف ويكثر وقت فيضان النيل وقد ذكروا لذلك اسبابا مختلفة على ما قاله الاطباء الوافدون من البلاد المختلفة للديار المصرية الذين الفوا فى خصوص الرمد فى الديار المذكورة الاول تاثير الهواء الحار المحرق والضوء الشديد المنعكس من الرمل الابيض والهبا الدقيق المتصاعد على الدوام من الارض وهذا مردود بانه لو كان كذلك لما كان لهذا الداء سلطنة مدة فيضان النيل اعنى الخريف لان الاتربة تقل فيه ولما كان سكان الاقليم البحرى معرضون له اكثر من العربان القاطنين فى القفار بين الرمال مع انا نشاهد ان اغلبهم سالم منه الثانى رطوبة الليل المعاقبة لحرارة النهار المحرقة والظاهر ان هذا صحيح فان الاشخاص الذين لا ينامون تحت السماء غير معرضين لهذا الداء مثل الذين ينامون تحتها الثالث الابخرة الرطبة المتصاعدة من مناقع النيل وطينه وهذا السبب مقبول الرابع ان بعض الاطباء يزعم انه من ابخرة ملح البارود المنتشر بكثرة فى اراضى الديار المصرية ورد بان الملح ليس بطيارى حتى ينتشر فى الجو الخامس انه كما زعم بعضهم نتيجة التغذية من الارز المستعمل عموما عند سكانها وهذا غير معقول لان اكثر اهل هذه الديار لا يتغذون من الارز فى اغلب مدة حياتهم وايضا لو كان كذلك لكان سكان بلاد الترك وايطاليا الذين يتغذون منه فى كل يوم اولى بهذا الداء وبكثرته عندهم مع انه فيهم نادر جدا والاقرب للعقل ان تنسب كثرة الرمد فى الاقليم المصرى

الى احتباس العرق والتنفيس الجلدى المتسبب من اختلاف درجة الحرارة بالليل اومن اختلاف الاهوية الباردة فان ذلك يحبس التنفيس الجلدى الذى هو دائما غزير حوالى العين وينشأ من الاحتباس المذكور نوازل فى العين هذا والاكد من ذلك كله انه صادر من بعض احوال جوية مخصوصة بهذا الاقليم لا تعلم الى الآن حقيقتها * وقد ظهر لكثير من الاطباء ان الرمد فى الاقليم المصرى يعدى وانه يسرى من شخص الى شخص بواسطة هواء الجو او بمماسة صديد عين رمدا العين سليمة والاول غير معول عليه فى عصرنا هذا والثانى مقبول فى التعقل اذ المادة الحاصلة من الرمد اذا وضعت على عين سليمة بدون حائل احدثت فيها التهابا طبيعته كطبيعة تلك المادة كما يحصل ذلك من سيلان مادة الافرنجى وتطعيم مادة الجدرى والجدرى البقرى ومن الاكيد الثابت ان المصابين بالرمد فى الديار المصرية لو توجهوا الغير هاتين البلاد لم يعدوا احد من اهالى تلك البلاد وقرر ذلك واثبته رجوع العساكر الفرنساوية والانجليز من مصر الى بلادهم بدون ان يعدوا احدا * واعراض الرمد تختلف فى الشدة وانتساق الانتظام والمدة * فاذا كان الرمد خفيفا لا يحس المريض بشئ او حس بالم خفيف واستشعر بحرارة قليلة فى العين واحيانا ببعض اكلان كثيرا ما يلزمه ان يحك عينه باصبعه وقد يستشعر بنحو رملة تحت الجفن وهذا صادر من احتقان الاوعية الصغيرة المنبثة فى الملتحم فيصير الملتحم حينئذ احمر كله او بعضه ويزيد افراز الدموع وتكون العين فى النهار مندأة ويتكون فيها اخيطة مخاطية او قطع متجمدة وفى الصباح تكون الاهداب لزجة من مادة تميل للصفرة وينتفخ الجفن وتعسر حركات المقلة وتتألم من الضوء وهذا الرمد فى الغالب لا يكون مصحوبا بحركة حمى مادام مقصورا على هذه الدرجة * وهذه الاعراض الخفيفة قد ترتقى الى درجة الاشتداد فتزيد الحرارة والاحمرار والالم وينتفخ ملتحم المقلة والجفن وتعسر حركات المقلة ويثير الضوء الما شديدا ويتشوش الابصار فقد ترى المرئيات حمرا وتصير الدموع محرقة ويصاحب هذه الاعراض صداع شديد وارق وحمى شديدة وقد يسعى الالتهاب الى القرنية والقزحية وبقية اغشية المقلة فينتج من ذلك تقيح المقلة

عدوى الرمد

اعراض الرمد

اعراضه الخفيفة

اعراضه الشديدة

في بعض الاحيان وذوبانها بالكلية والرمد قد يكون في احدى العينين وقد يكون
انتهاآت الرمد
فيهما معا او في احداهما عقب الاخرى * واما انتهاؤه فالخفيف ينتهي احيانا في
ثلاثة ايام او اربعة والمشتد لا يكون اقل من خمسة عشر يوما او عشرين واحيانا
ينتقل الى الحالة المزمنة او تبقى بعده قروح وخراجات في القرنية والرمد يكون سببا
لاكثر بقية آفات العين كالظفرة والعنبة والبياضة واللاووكوما وهي نكتة
اعراض رمد الاقليم المصري
اي قرحة في القرنية وغير ذلك * والاعراض التي تعرض في رمد الاقليم المصري
تقرب من الاعراض التي ذكرناها الا انه مخصوص بكون الاعراض فيه اشد
وسريعة السير وانتهاؤه اكثر خطرا وكثيرا ما يستولي استيلاء وافديا بحيث لا يسلم
منه الا القليل ويحصل فيه الرمد للشخص الواحد في الفصل الواحد اكثر من مرة
ومما هو خاص به كثرة الافراز للمادة الصديدية الشكل وسكون الم المريض
بالنهار وهيجانه قبل غروب الشمس ببعض ساعات ويأخذ في زيادة الاشتداد مدة
الليل ثم يأخذ في التناقص قرب الفجر والظاهر ان اشتداده ناشئ من اشتداد تأثير
اعراض رمد الاطفال
الاسباب المحدثة له واستمرارها * والرمد الصديدي الشكل يصيب في الغالب
الاطفال واسبابه غير معروفة جيدا واوصافه ورم عظيم في الاجفان بحيث لا يمكن
تبعيد احد الجفنين عن الاخر وورم واحمرار في الملتحم واحيانا انقلاب الاجفان
عند صراخ الطفل وبكائه ثم يعقب هذا الانتفاخ المستمر بعض ايام افراز غزير لمادة
مخاطية صديدية الشكل ويزاد على هذه الاعراض الموضعية حركة حمى شديدة
الورم البلينوراجي
وصراخ وارتعاش دائم وارق وقيء وكثيرا ما تعتم القرنية في ايام قلائل *
والرمد المذكور يحصل ايضا عقب ارتداع البلينوراجيا اي الالتهاب الافرنجي
في مجرى البول وتارة يصدر من تطعيم المادة السمية الافرنجية بواسطة مس
الاصابع للاجفان عقب مس القضيب المصاب بهذا الداء وتسبب هذا الداء
ايضا من غسل الاعين بالبول المار في قناة مجرى البول المصابة به وهذا الداء
قد يكون مقصورا على عين واحدة ولكن الاغلب ان يصيبهما معا ويبتدئ
بالم خفيف يزداد شيأ فشيأ في ايام قلائل حتى لا يكاد يحتمل ويصاحبه حرارة
محرقة وشدة تأثر من الضوء ونضح مخاط يميل للخضرة يشبه المادة السائلة من

القضيب

القضيب وسير نوع هذا المرض سريع جدا والغالب ان ينتهي في مدة ثمانيـة ايام والعوارض الرئيسـة المتسببة عنه القروح اوظلمة القرنيـة واحيانا استفراغ رطوبات المقلة ✱ والرمد الخنازيري يصيب في الغالب الاطفال والنساء وينتقل عن احدى العينين الى الاخرى بالتعاقب وقد يكون دوريا لكن في ادوار غير منتظمة وكثيرا ما يسبب رسوبا بين صفائح القرنية وقروحا فيها وكثيرا ما يصاحبه تغيرات اخر خنازيرية كاحتقان الاجفان والشفتين وغدد العنق ونحو ذلك ✱ والرمد الجدري يصدر من البثور الجدرية الناشئة في حوافي غضروف الاجفان ونوع هذا الرمد يعسر شفاؤه لان القروح الحاصلة من البثور عرت غدد ميبوميوس فيصدر حينئذ سيلان صديدي يستمر جملة سنين واحيانا مدة حياة الشخص ✱ والرمد المتقطع لم يوجد بالفعل غير انه مخصوص ببعض انواع كالرمد الافرنجي ورمد الاقليم المصري وبعض انواع الرمد الاعتيادي تشاهد فيه نوب دورية لا تشتبه بالاشتدادات اليومية الحاصلة في مطلق رمد ✱ واما الرمد المزمن فمجلسه خصوص ملتحم الجفن وكثيرا ما يحصل عقب الحاد واحيانا يكون اوليا ويصيب على الخصوص الاشخاص الضعاف ومن يعيش في الاماكن الشديدة الضوء او التي يكون الهواء فيها حاملا لرطوبة زائدة او ابخرة مهيجة وكذا الاشخاص الذين يمعنون النظر دائما في المرئيات الدقيقة واعراضه اولا ان يكون الالم فيه خفيا يزول ويعود وكثيرا ما يعود من تعب الاعين والسهر وعدم انتظام تدبير المرضى وثانيا احمرار ظاهر وانتفاخ قليل في الملتحم سيما في الحوافي السائبة والوجه الباطن للاجفان وثالثا ضعف بصر لا يتمكن معه من الاشتغال زمنا طويلا وتدمع دائم وسير هذا المرض غير منتظم وهذه الاعراض كثيرا ما تزيد وتنقص وتارة تزول بالكلية وتارة تستمر بلا نهاية وكثيرا ما يصاحبها تكث وبثور وقروح ومن المؤلفين من ذكر انواعا اخر من الرمد كالرمد الاسكوربوطي والالتهابي المخاطي والقوبوي والسيماتوي والانتقالي وغير ذلك

الرمد الخنازيري

الرمد الجدري

الرمد المتقطع

الرمد المزمن

معالجة الرمد على العموم

اذا كان الرمد حادا خفيفا كفى غالبا تبعيد الاعين عن الضوء والنار وغسلها ببرود ملين مخدر واستعمال الابزن القدمية المهيجة والمشروبات الملطفة المسهلة قليلا والمنع من شرب النبيذ والمشروبات الروحية والقهوة وغير ذلك واما الضمادات الملينة المصنوعة من السفرجل فتنفع اذا كانت خفيفة بحيث لا يزيد الالم من ثقلها * واذا وجد فى المقلة الم شديد وضاقت الحدقة وانقبضت ينبغى ان تدلك دائرة الحجاج بخلاصة البيلادونا او يقطر بعض قطرات بين الاجفان من محلولها المائى

معالجة الاشد

واذا كان الرمد شديدا مؤلما فاول ما يفعل الفصد الغزير فى اول المرض اذا كان المريض شابا ذا امتلاء دموى مستعد الالتهابات واذا كانت الحمى شديدة قوية اعيد الفصد فى اليوم الثانى ومع ذلك تنبه المسالك الهضمية بالمسهلات مع مقاومة احرار الملتحم بارسال العلق على الصدغين او نقرة القفا او خلف الاذنين او على الجفن الاسفل ويكرر ذلك او بواسطة المحاجم التشريطية كل ذلك لاجل اضعاف الالتهاب فى مدة يومين او ثلاثة ثم ان سكنت الحمى والالم وزال احرار الملتحم توضع سريعا منفطة على نقرة القفا فبذلك تقصر مدة الرمد التى تطول فى اكثر الاشخاص وتعاون نتايج هذه المعالجة برفع رأس المريض وبوضعه فى محل مظلم مع الحمية القاسية واذا اشتد ضجر المريض واستمرارقه اعطى له من الباطن بعض الاستحضارات المخدرة * ومعالجة رمد الاقليم المصرى كمعالجة الرمد المذكور آنفا غير انه من حيث ان هذا الرمد فى الغالب كثير الاشتداد عن ذلك ينبغى ان يعتنى بمقاومته بقوة * واذا صاحب الرمد سيلان صديدى يستدعى غسله كثيرا فينبغى اذا زالت الالام وانتهى دور الحدة ان يستعمل البرود المتخذ من مقطر الورد او لسان الحمل مع منقوع الشمار وزهر البلسان وغير ذلك ويضاف على هذه البرود بعض قطرات من سولفات التوتيا او النحاس او اتشيتات الرصاص وينفع ايضا محلول الشب الخفيف باردا او نبيذ قليلا بعض قطرات من روح الافيون او روح العرقى المكوفر ولكن انفع الادوية تجنب الضوء بالكلية فينبغى استمراره ما امكن ونكسات هذا الرمد التى هى كثيرا ما تحصل لا تمنع الا بهذه الطريقة التى تمنع ايضا الاستفراغات الدموية التابعية والمعالجات التى هى كثيرا

معالجة الرمد المصرى

معالجة الصديدى

لاتنفع الا اذا انتقل الرمد للزمانة وينبغى ان يؤمر المريض زمن النقاهة بعدم المطالعة وعدم الاشتغال بالليل على ضوء المصباح وعدم النظر لالتهاب النار وتجنب المأكولات والمشروبات المنبهة * والرمد البلينوراجى يستدعى الهمة الزائدة فى المعالجة فيبدأ بالاستفراغ الدموى الغزير العام والموضعى ويجتهد مع ذلك فى ارجاع التهاب مجرى البول بادخال المراود التى من الشمع فيه مدهونة بالمادة المفرزة من الملتحم ومما يقوى هذه المعالجة نفخ الزيبق الحلو كل صباح فى المقلة وتقطير روح الافيون فى المسابين الاجفان واعطاء اوقية من مسحوق الكبابا الصينى كل يوم ومن المعلوم ان هذه الوسايط لاتستعمل الابعد انتهاء الالتهاب * وفى الداء الخنازيرى بعد استعمال الوسائط اللازمة لمقاومة الالتهاب يعطى من الباطن الجواهر المرة ويؤمر للمريض بالبرودات الخفيفة القابضة وبمرهم التوتيا اومرهم الحجر الجهنمى اومرهم الرسوب الاحمر اوالبرودات المصنوعة من حجر جهنم اومن البوتاسة الكاوية من قمحة الى قمحتين فى اوقيــة من الماء المقطر وهــذه المراهم والبرودات تنفع اذا كان فى الاجفان بعض تهيج ويؤمر له مع ذلك بهواء نقى يابس وبالرياضة فان ذلك من الوسايط المقوية لبنيته وقد يستعصى الرمد عن هذه الوسايط ويبقى الى سن الشبوبية فيزول من نفسه * وفى الرمد الجدرى يلتجأ بعد استعمال مضادات الالتهاب الى استعمال القوابض والمقويات فان لم تكف الوسايط المذكورة فاقوى منها الخزم فى القفا مستمرا زمنا طويلا وكثيرا ما يحصل فائدة من المراهم والبرودات المذكورة انفا * وفى الرمد المتقطع تستعمل سولفات الكينكينا وتعطى زمن الفترة من البـاطن * ومعـالجة الرمد المزمن مؤسسة على ماذكرنا انفا مع كون المريض يجتنب جميع الاشغال المتعبة للبصر وعليه ان يستعمل دائما العيون الزجاجية ذات اللون الاخضر اوالازرق فان كانت المسالك الهضمية سليمة صح ان يحدث فيها تصريف قوى اوضعيف بواسطة المسهلات وكذا ذلك الجلد والاستحمامات البخارية والخزم فى القفا والكى بالمحاور اوبالمقصى فى اليافوخ اوالقسم الحلمى واستعمال المراهم والبرودات التى ذكرت فى معالجة الرمد

معالجة البلينوراجى

معالجة الخنازيرى

معالجة رمد الجدرى

معالجة المتقطع

معالجة المزمن

الخنازيرى وتشريط الملتحم والغسل بمحلول موريات البارد وتفخ الزيبق الحلو النقى وحده او ممزوجا بقدره من التوتيا والسكر النبات وان يقطر بين الاجفان قطرة اوقطرتان من روح الافيون بواسطة فتيلة مرتين اوثلاثا فى النهار على حسب الحاجة وهذا كثيرا ما يستدعى قبل استعماله فى الاشخاص اصحاب الامتلاء الدموى فصدا عاما

الثانية كدم الملتحم

كدم الملتحم ان يعقب الرض الشديد فى الاجفان او المقلة سريان مقدار من الدم تحت الجلد او خلف الملتحم فيتسبب عن ذلك نكتة حمراء واسعة كثيرا اوقليلا وحينئذ فينبغى ان يوضع على العين المحللات الباردة فانها تزيله فى بعض ايام فان حدث الالتهاب قووم بالوسائط المناسبة له

الثالثة نفاطات الملتحم

النفاطات فى الملتحم قد تصدر من وضع السايلات المهيجة على العين والغالب انها تزول من ذاتها وقد تستقصى فتفتح بمبضع رفيع حاد جدا يلف على نصله نحو خيط حتى لا يبقى من سنه الا قدر خط ويوضع فى الورم المراد استفراغه بانحراف والشفاء ينتهى بالغسل البارد

الرابعة الاجسام الغريبة بين الاجفان اوفى طبقات المقلة

كثيرا ما يقذف الهواء اجساما دقيقة سابحة فيه الى العين فتصل للملتحم وتقف بين الاجفان اوتنغذ فى جوهر المقلة وتنغرس فيها فان لم تنغرس فى ثنيات الملتحم سهل اخراجها بان تقلب الاجفان وتبعد عن بعضها بواسطة حلقة من ورق اومن معدن ثم تستخرج وان غرست فى الاغشية التقطت بملقاط رفيع واخرجت بسن ابرة اوشقت الاغشية بالمشرط ان كانت غائرة فيها وبذلك يزول الالم والرمد المستعصى المستمر بسببها

الخامسة تمدد اوعية الملتحم

واعلم ان الالتهابات المزمنة فى سطح المقلة قد تسبب تمددا فى اوعية الملتحم يستمر بعد شفاء المرض ولا تنفع فيه اشد القوابض فعلا وقد يصحب قروح القرنية ونكثتها تمدد حبيل وعاءى كبير الحجم اوصغيره يجذب اليها كمية غزيرة من الدم وفى هاتين الحالتين اوصوا بقطع الاوعية او بازالة جزء من طولها وهو آمن فى الغشاء وينبغى لذلك ان يكون الشخص جالسا مثبتا رأسه كما فى عملية القدح وتمسك الحزمة الوعائية بملقاط رفيع جدا وترفع ثم يزال ماهو منحصر بين سنى الملقاط بمقص رفيع منحن على سطحه والدم الغزير الخارج من ذلك يزيل احتقان الجهة وبعض غسل محلل يعجل الشفاء

السادسة ظفرة

الظفرة زيادة دوالية فى الملتحم شكلها مثلث قاعدته تلى الصلبة وقمته تسعى نحو مركز القرنية ولونها رمادى مائل للحمرة والغالب انها تكون فى الزاوية الانسية للعين واحيانا فى الزاوية الوحشية وتكون تلك الزيادة واحدة اوجملة كثيرة تجمع لبعضها وتصير غشاء صفيقا يغطى معظم القرنية * وقد اوصى فى معالجتها على استعمال برودات مختلفة سائلة ويابسة كالاكحال واغلبها قليل النجاح وشفاؤها انما يكون بالقطع فان لم يقوى عليه المريض مسها بالحجر الجهنمى على مرات متباعدا ما بينها من الزمن ربما حصل منه النجاح فى الظفرة الخفيفة والظفرة ان لم تصل للقرنية كفى قطع ثلثها او نصفها بالمقص مرة واحدة على حسب طولها من القمة الى قرب القاعدة بخط وان كان ممتدا على القرنية مسك بملقاط من قرب قمته بخط ورفع حتى تحصل فرقعة خفيفة تدل على انفصالها عن الصفيحة الرقيقة الخلوية الضامة لها بالقرنية ثم تقص بالمقص على حسب طولها من القمة الى القاعدة

معالجتها

السابعة جروح المقلة

اعلم ان تفرق الاتصال فى اغشية المقلة او وخزها اذا كان بسيطا لا يستدعى معالجة غير التنبه لتقريب الاجفان لبعضها واستعمال الوسائط العامة

والموضعية المختصة اما بمنع الالتهاب عن الاجزاء الجريحة واما بمقاومة الالتهاب اما اذا لم يكن بسيطا بان كان معه خروج القزحية من الجرح فينبغي اولا ردها او خروج البلورية عن محلها الاصلي فينبغي استئصالها ولو بتوسيع الجرح لتسهيل خروجها ولا ينبغي الشروع في العملية الا اذا دعى الطبيب وقت حصول الجرح اما اذا كان الالتهاب اخذ في التقدم اخرت عملية الاستئصال لوقت آخر وربما يسبب فسادا كاملا بجروح الاسلحة النارية

الثامنة. بثور او خراجات في القرنية الشفافة

الخراجات في القرنية الشفافة تكون على هيئة نكت شهبا او مائلة للصفرة مستديرة معتمة وتكون في وجهها الظاهر او في سمكها او في وجهها الباطن المحاذي لتجويف الرطوبة المائية فان كانت سطحية غير غائرة واستعملت على الملطفات والمحللات فتحت بسن مبضع بتوجيه اليها مع الاستحكام اما ان كانت غائرة فينبغي ان تترك وانما يقاوم التهيج المصاحب لها وينتظر فتحها باجتهاد الطبيعة اما من الخارج او من جانب الخزانة المقدمة للمقلة

التاسعة قروحها ونواصيرها

قروح القرنية تعرض على هيئة تفرق الاتصال وتكون غائرة واسعة اولا وحوافيها حمراء منتفخة مرتفعة وقرارها يكون رماديا ويصاحبها الم شديد محرق مستمر والذي ينبغي اولا مقاومتها بالملينات والفصد الموضعي وايضا بقطع الاوعية المتمددة المغذية لها * واذا استعملت على هذه الوسائط الشفائية كويت في كل اربعة ايام او خمسة بقطعة من حجر جهنم يحدب طرفها حتى يصير كسن الابرة ويداوم على ذلك حتى تزول العوارض وتغطى اسطحتها بازرار خلوية عضلية من طبيعة جيدة وينبغي عقب كل مرة من مرات الكي ان يسكب على المقلة بعض من ماء الخطمية لتنظفها من الاجزاء الذائبة فيها من الكاوي ويستمر على استعمال الملينات واذا نفذت هذه القروح للخزانة المقدمة سببت سيلان الرطوبة المائية سيلانا متواصلا فيتكون من ذلك نواصير القرنية وحينئذ فينبغي

قد يلزم كي سطحها

ان

ان تقاوم هذه النواصير بنفس معالجة قروح القرنية فان كان الناصور عريضا انبثقت القزحية بين حوافيه وبرزت الى الخارج وربما زاغت البلورية وسالت الرطوبة الزجاجية شيأ فشيأ فيحصل الفساد فى المقلة

العاشرة نكت القرنية

النكت فى القرنية تسمى باسماء مختلفة فتسمى بالسحابة اذا كان مجلسها الملتحم المغشى للقرنية وبالبياضة اذا كان مجلسها نفس القرنية وباليوكوما اذا كانت متكونة من اثر جروح اوقروح فى هذا الغشاء * اما السحابة فظلمة خفيفة تكون فى ملتحم القرنية الشفافة يصحبها اويتقدمها رمد مزمن وهى لا تمنع ابصار المرئيات بالكلية بل تشاهد كانها خلف ستر شفاف اوضباب واوعية الملتحم معها تكون دوالية مزمنة متمددة و يسرى على طول مسيرها فى منسوج الملتحم مصل اشهب زلالى * وهذا الداء وان كان كثيرا ما يستعصى عن المعالجة الا انه قد يزول باستعمال بعض وسائط مخصوصة به كمضادات الالتهاب والفصد العام والموضعى والحزام وغير ذلك وقد اوصى له بادوية مختلفة منها مسحوق كلورور القلى يوضع على المقلة بقلم يغمس اولا فى روح الافيون والمعلم دوبيترن يستعمل له مسحوقا مركبا من مقادير متساوية من مستحضر التوتيا والسكر النبات والزيبق الحلو الانجليزى فيأخذ قمحة منه وتنفخ فى المقلة وينبغى للمريض ان يغسل عينه او يمسحها عقب ذلك فبذلك قد يحصل الشفاء فى بعض اسابيع فاذا لم ينجح ذلك فاجود الوسائط واسرعها قطع الاوعية التى صارت دوالية قرب ملتقى الصلبة بالقرنية عند محل تكون السحابة وكيفية هذه العملية شرحت فى معالجة تمدد الملتحم * واما البياضة فهى نكت بيضاء فى جوهر القرنية تتكون من انصباب لينفا معتمة بين صفائحها ودائما تكون نتيجة رمد ثقيل وتخالف السحابة فى كونها اثخن ومجلسها اغور وعلى حسب مجلسها من القرنية وسعتها تسبب تشوش البصر او العمى بالكلية وقد لا تشوش وكلما كانت البياضة مزمنة والمريض مسنا كان شفاؤها اعسر واذا حدثت فى اثناء

منها السحابة

معالجتها

ومنها البياضة

رمد حاد ذووم على المعالجة المضادة للالتهاب فان لم تشف معه وبقيت ينبغى ان
يحرض امتصاص اللبنقا الطافحة بالوسائط التى ذكرت فى معالجة السحابة
واذا كان المرض قديما ولم تنفع هذه الادوية كما هو الغالب فالاصوب ان يترك
الامر لاجتهاد الطبيعة واذا ذهبت النكتة وعادت دوالى الملتحم وكان هو المديم
لها استحسن قطعه كما ذكر آنفا * واما الليووكوما اى الاثرة فى القرنية فنكتة ومنها الليووكوما
بيضاء كالسابقة لكنها ناتجة من التحام قرحة او جرح فى سطح القرنية وهذه
العلة تعجز عنها الصناعة غير انه اوصى بنحت القرنية وازالة بعض من طبقاتها
لكن هذا انما يزيد فى الداء وليس من المداواة فى شئ بل كثيرا ما يتسبب عنه تهيج والم
ورمد جديد وليس هناك واسطة لازالة هذا الداء الاطول الزمن فانه قد يخففه
عما كان

الحادية عشر الايبو پيون

الايبو پيون مقدار من الصديد يكون فى الخزانة المقدمة للمقلة ويشاهد فى العين
المصابة به خلف القرنية من الاسفل نكتة شهباء على هيئة قوس من دائرة
يرتفع جانبه العلوى فى بعض الاشخاص الى الحدقة او الى اعلى الخزانة المقدمة *
واكثر الوسائط نفعا فى تحريض امتصاص المادة الصديدية المنسكبة ازالة تهيج
المقلة ووضع المنفطات على القفا واحداث تصريف قوى فى القناة المعوية فاذا زال
الالتهاب كله ولم تنجح المعالجة صح ان تشق بسكين القدح كما يفعل فى استئصال
البللورية لكن الشق هنا يكون اصغر فاذا خرجت المادة لم يبق الا مقاومة
العوارض المتسببة عن العملية

الثانية عشر استسقاء المقلة ويسمى الاستسقاء الرمدى

الاستسقاء الرمدى يكون تارة من زيادة الرطوبة المائية وتارة من زيادة الرطوبة
الزجاجية ففى الاولى تكون للقزحية مقعرة من الامام محدبة مندفعة من الخلف
وفى الثانية يكون التحدب والاندفاع فيها الى الامام وكثيرا ما يظهر انه يكون من
الرطوبتين معا ثم هو قد يكون فى عين واحدة او فى العينين معا والاطفال معرضون

لما كثر من الكهول والشيوخ واسبابه اسباب الاستسقاء سيما الضربات والالتهابات
فى المقلة وتكون القرنية فى هذا الاستسقاء بارزة جدا وكثيرا ما تكون غير مستوية
والصلبة متمددة وفيها ارتفاعات صغيرة والحدقة تكون ايضا متمددة وقليلة
الحركة ويضعف الابصار شيأ فشيأ ثم يفقد بالكلية ويحصل ارق والم شديد متوتر
فى قرار المقلة وفى الجانب المحاذى لها من الرأس وقد يزيد حجم المقلة كلها
فتجحظ من الحجاج وتبعد الجفنين عن بعضهما فلا يمكن ان يغطياها فتلتهب
من دوام مماستها للهواء وقد تنفجر من ذاتها وتستفرغ رطوباتها فالموت اذن
قد يكون عاقبة لهذا الداء * ومعالجة الاستسقاء الرمدى تختلف بحسب اسبابه معالجته
وقدمه وغيرهما فلذلك استعملت على حسب الطوارق الايدراجوجيه اى
المجففة للمياه والانواع المختلفة من المسهلات والفصد العام والموضعى والمنفطات
والخزام والمقصى والمحاجم والمكمدات والبرودات والتهاييل المختلفة الطبيعة
فان لم تفد جميع هذه الوسائط ولم يزل المرض آخذا فى التقدم وحدثت العوارض
المقلقة فليبادر باستفراغ رطوبة العين بالعملية وليس غاية هذه العملية تصغير المقلة
باستفراغ الجزء الزائد من الرطوبة المائية كما زعم ذلك من فعل العمليات الاتية لان
الشفاء لا يمكن حصوله بذلك والعمليات المذكورة البط والخزام والشق اما البط
فكانوا يبطون المقلة بابرة رفيعة تدخل فى مركز القرنية الشفافة واما الخزام
فكانوا يدخلونه فى المقلة مجاوزين به الجهة المقدمة منها لتستفرغ تدريجا وليس
للخزام نجاح اكثر من البط وكلاهما مهجور واما الشق فكانوا يشقون القرنية شقا
هلاليا كالمستعمل فى عملية القدح استئصالا والمستعمل فى ذلك هو المبضع
اوسكين القدح ولا بد ان يكون الشق المذكور على وجه به يسهل خروج السيال
شيأ فشيأ وكلما تناقص السيال اخذت حوافى الفتحة فى الانضمام لبعضها فلا المعالجة التابعية
يتمكن الهواء من الدخول لباطن المقلة * واذا تمت العملية زالت العوارض
غير انه قرب اليوم الرابع يحدث التهاب تنبغى مقاومته بالملينات والفصد الموضعى
وبقية الوسائط المضادة للالتهاب ولا تتم المعالجة الا اذا التحمت القرحية
الحاصلة فى الجرح واستحالت المقلة الى درنة متحركة يسهل عليها تثبيت مقلة

صناعية من الميتة

الثالثة عشر العنبة

العنبة نتوء زائد فى القرنية الشفافة لا يكون معه زيادة حجم فى بقية اجزاء المقلة فتكون القرنية بارزة للامام ومبعدة للاجفان عن بعضها وهذه الافة تصيب القرنيـة كلها او بعض اجزائها وقد شوهد مجلسها فى الصلبة وبروز القرنية فى الاطفال يصيرها البابية واكثر صفاقة من غير ان يحصل اتساع فى تجويف الرطوبة المائية بخلاف ذلك فى الشبان فانه يصيرها ممتددة مسترقة متكونا فيها مخروطى مقعر تبرز فيه الرطوبة المائية والقزحية واحيانا البللورية ثم ان كان الورم صغيرا حادثا قووم بمضادات الالتهاب وبالمصرفات وفى الطوارق الثقيلة التى تسبب العملية فيها التهابا شديدا اغا ثرا وتسبب ايضا فساد القرنية ينبغى ان تفرغ المقلة اذا استمرت العوارض وابسط العمليات تنفيذ سكين القدح فى الورم تنفيذا افقيا ثم يفصل الهدب السفلى من الشق وبعد فصله يمسك بملقاط رفيع منحن على سطحه فحينئذ تستحيل العين الى درنة متحركة صغيرة الحجم تكفى فى تثبيت مقلة صناعية * والمعلم ديمور يبدل سكين القدح فى كشط العنبة والقرنية بحلقة توضع على المقلة ويمر عليها من الامام بسرعة نصلا قاطعا الاسن له بواسطة لولب فيزيل الجزء البارز من الورم وهذه الكيفية لا يقال فى شأنها شئ سوى ان الالة المستعملة فيها غير بسيطة

المعالجة

كيفية ديمور

الرابعة عشر فتق القزحية او انبثاقها

متى كانت القرنية الشفافة مثقوبة بسبب تقرح او انفجار او جرح انبثقت الدائرة الصغيرة للقزحية وتشبكت فى ثقب القرنية وكانت على هيئة ورم اسود مؤلم وكل من مماسة الهواء واحتكاك الاجفان يحفظ فى العين ورما مستمرا او تشوه الحدقة يكون اعظم كلما قربت لدائرة القرنية فيزوغ جزء عظيم من القزحية عن محله واذا كان فى القزحية جملة فتحات من هذا النوع كانت الفتوق على حسب اعدادها وكلما كانت الفتحة واسعة كان الفتق اعظم حجما فى هذه الحالة ينبغى اولا مقاومة

تهيج العين والتهابها وهذه المعالجة قد تكفى احيانا لشفاء المرض لكن ان كان الورم مستمرا مدبما للاعراض وجب كيه بحجر جهنم ويكرر حتى يزول انبثاق القزحية ويستحيل الداء الى مجرد قرحة فى القرنية

الخامسة عشر تكوين حدقة صناعية

اعلم ان تكوين الحدقة الغير الطبيعية يضطر اليه فى احوال اولها اذا ولد الجنين وحدقته مسدودة بالغشاء الحدقى اعنى القزحية وثانيها اذا عدمت الحدقة بسبب فتق القزحية او التصاقها بالقرنية وثالثها اذا كان الجزء المقابل للحدقة من القرنية مظلما والجزء الباقى من دائرتها شفافا غير محاذ للحدقة واول من اخترع الحدقة الصناعية لارجاع الابصار جراح انجليزى ماهر يسمى شيزيلدن كان موجودا فى اوائل القرن الثامن عشر وبعده اخترعت بعض تنوعات لتتميم هذه العملية ونحن لا نذكر منها الا ما كثر استعماله (ومتى كان المعتم من القرنية واسعا فليكن الشق فى النقطة المانعة من نفوذ الضوء لئلا يسبب الالتحام زيادة ضيق فى الجزء الشفاف الذى يشاهد خلفه فتحة القزحية فان كانت القزحية ملتصقة بالوجه الخلفى للقرنية او بالوجه المقدم لغشاء البلورية ازيل هذا الالتصاق ثم يبحث عن حالة الحدقة الطبيعية وعن المحل الذى يستصوب فيه فتح الحدقة الصناعية وعلى كل فيضطر فى تكوين الحدقة الغير الطبيعية لتنكيس البلورية وغشائها الا انهما ان كانا مظلمين بالفعل كانت ازالتهما ضرورية وان كانا حافظين لشفافيتهما امكن فقدهما منهما اذا اصيبا بالالة او تشاركا فى التهاب القزحية وصيرا مظلمين فيحتاج لعملية القدح

شروط العملية

كيفية العملية بالشق على رأى شيزيلدن

* وكيفية تكوين الحدقة ان يجلس المريض امام كوة ينفذ منها ضوء كثير لكن غير شديد وتثبت رأسه على صدر المساعد الذى يرفع الجفن الاعلى عندما ينكس الجراح الجفن الاسفل بيده اليمنى ان كانت العملية فى العين اليمنى وباليسرى ان كانت فى اليسرى ثم تغرز سكين صغير ضيقة رقيقة مستطيلة ذات يد فى المحل الذى تنفذ فيه الابرة لتنكيس البلورية ويكون حد السكين من

الامام وعند بلوغ سنها الى الجزء الخلفى من القزحية قريبا للزاوية الانسية يبعض خطوط تدفع خلف الوجه الخلفى للقزحية وتحرك من الخلف الى الامام فى سمك هذا الغشاء ويشق بالعرض ذاهبا بالآلة من الزاوية الانسية للزاوية الوحشية ثم تخرج الآلة والمعلم وينزل كان يعمل بعد فتح القرنية على حسب قاعدة الاستخراج فى الكترا تا الجزء الاوسط من القزحية بشعبتى ملقاط دقيق ويجذبه نحوه بلطف ويقص منه جزأ بالمقص المنحنى على سطحه ومن حيث ان زوال الجوهر فى هذه العملية يصير هاما أمونة العود كانت مقبولة بالاكثر * والمعلم منوار نوع هذه القاعدة بعض تنوعات مفيدة وهذه التنوعات هى المقبولة المتبعة يومئذ عموما وهى انه بعد ان يشق القرنية كما فى الاستخراج يوصل للقزحية مقصا رفيعا منحنيا على جنبه احدى فردتيه منتهية بزرزيتو فى الشكل والثانية وهى الحادة حدها ثمانية خطوط والمريض جالس كما مر اومستلق ورأسه مرتفع ثم ان كانت شفافية القرنية تمكن الجراح من الشق فى القرنية فعله فى الجزء السفلى منها وفى الجانب الوحشى والا بان كانت الشفافية فى جزء منها فقط ترك الجزء الشفاف وشق فى المظلم ففى الاولى يشق فى الجانب الوحشى شقا طوله اربعة خطوط ويدخل منه المقص المذكور مقفولا ثم يفتحه جاعلا شعبته الحادة تنفذ فى القزحية وذات الزرخارجة جهة القرنية ثم يقبضه فيشق القزحية بالطول ثم يدير المقص قليلا ويشق شقا آخر فيكون الهدب الحاصل من الشقين على هيئة مثلث قاعدته نحوا على دائرة القزحية ورأسه نحو الحدقة وهذا الهدب يتقاص نحو دائرة القزحية ويبقى محله ثقبا هو الحدقة الصناعية وهذه الكيفية تبعها المعلم اسكاربا لكونها اسهل الكيفيات المعروفة واءمنها * واخترع الماهر اسكاربا كيفية اخرى وهى انه يدخل فى المقلة ابرة قدح من المحل الذى تدخل فيه فى عملية التنكيس فى الكترا تا وعند وصول الابرة الى اعلى الجانب الانسى من القزحية قرب دائرتها العظيمة يشق بها هذا الغشاء من الخلف الى الامام ثم يذهب بها الى الاسفل فيفصله ثم يذهب بها الى مبداء الفتحة فيوسعها بقدر ما يراه مناسبا ثم يخرجها * ومن الواضح ان كشط جزء من القزحية هو اءمن هذه القواعد الثلاث

اوبالقطع على رأى وينزل

كيفية منوار

ويفصل الدائرة الكبيرة على رأى اسكاربا

حكومة على هذه العمليات الثلاث

لان

لان الجزء الذى معه زوال الجوهر يصير اقل قبولا للانكماش وعود الانسداد من الشق البسيط ولذلك كانت نتيجة الشق المزدوج الذى هو منسوب للمعلم منوار لكون غايته قطع الهدب لا تخالف السابقة بل ينبغى تفضيلها عنها واما فصل جزء من دائرة القزحية فمن المعلوم ان الفتحة الصادرة عنه كثيرا ما تزول وكيفية المعلم منوار وان كانت هى المختارة عموما الا انها لا يمكن استعمالها فى جميع الاحوال ومن الطوارق ما يختار فيه فصل القزحية واختيار ذلك منوط براى الجراح ومهما اختير من القواعد لاحداث حدقة صناعية فينبغى معه ان لا يبرح عن البال كون الطوارق التى لا يحصل فيها النجاح كثيرة جدا فلا ينبغى ان يقدم عليها الا فى الطوارق الاتى ذكرها وهى اولا اذا عمى العينان معا وكان ذلك من عدم انثقاب القزحية او من وجود نكتة فى القرنية تكون امام الحدقة وظهر ان هناك جزء سليم من القرنية بحيث يمكن فيه عمل الحدقة الصناعية وتكون واسعة بقدر الطبيعية ثانيا اذا كان المريض ولو اعمى فى الظاهر قادرا على تمييز درجات الضوء ثالثا اذا لم يوجد فى رطوبات العين ولا فى اغشيتها تغير يمنع نجاح العملية رابعا اذا لم يكن فى المريض اعراض الداء الافرنجى اوداء الخنازير وليس فى بنيته نوع ضعف والمعالجة التابعية فى عملية الحدقة الصناعية لا تخالف التى عقب عملية القدح

السادسة عشر الكترانا اى الماء الازرق

الكترانا هى ظلمة البلورية اوغشائها ظلمة تحجب نفوذ الاشعة الضوئية اليها فتمنع الابصار وللقدماء فى حقيقة الكترانا اراء فاسدة فانهم لفقدهم المعارف التشريحية المرضية وجهلهم بالوظائف الحقيقية لاجزاء العين كانوا يرون ان البلورية محل الابصار وكان بعضهم ينسب للكترانا السيال غريب ينفذ خلف الحدقة فيكون مانعا المرور الاشعة الضوئية فيها وبعضهم يجعلها جلدة رقيقة مظلمة تمتد امام البلورية فتمنع صور المرئيات من الوصول اليها وهذا الخطا بقى مستمرا الى اوائل القرن السابع عشر من الميلادة * واسباب هذا الداء غير معروفة

معرفة جيدة والمعتبر منها في الاكثر التقدم في السن وتاثير الضوء الشديد
والضربات والسقطات واحتباس السيلان الطمثي والباسوري وارتداع القوبا
ونحوها والداء الافرنجي ولكن حسن التجربة ينفي ذلك وقد شاع في عصرنا هذا ان
البللورية محفظتها كثيرا ما يصيران مظلمين مع عدم امكان تحقيق سبب لذلك
وعلى حسب الظاهر قد تكون موروثة فقد شوهد استمرارها جملة سنين في عيلات
بواسطة التناسل وقد تولد الاطفال مصابة بها ثم ان كانت في غشاء البللورية سميت
محفظية لكون هذا الغشاء حافظا للبللورية واذا كانت في البللورية نفسها سميت
الكترا تا البللورية ويقال لها حينئذ الحجرية او اللبنية او الجبنية على حسب قوامها
وتسمى ايضا بحسب الوانها فيقال كترا تا بيضا او لولوية وصفرا وسمرا ورمادية
وخضرا وسودا على حسب اللون وتكون ثابتة وهو الغالب ومتحركة على حسب
وجود الحركة فيها وعدمها وتكون بسيطة اذا كانت في البللورية او في غشائها
او فيهما معا ومصحوبة بالالتصاق او بالليوكوما او بالكمنة او بنكت او غيرها
كفالج العصب البصري المسمى بالاموروز وهو اصعب انواعها علاجا وتكون
في عين او فيهما ثم ان كانت في غشاء البللورية تسمى اولية ان كانت ظلمتها
حاصلة من نفسها وثانوية ان كانت نتيجة عملية وسير الكترا تا في الغالب بطيء
واحيانا تكون في زمن قليل وفي ابتداء المرض يشاهد المصابون به المرئيات كانها
خلف ستر شفاف او ضباب يزداد في الكثافة شيأ فشيأ ويشاهدون ذرات خفيفة
وندفا سودا كانهما متعلقان في الهواء ولا يتمكنون من تمييز اشكال المرئيات
ثم يحصل لهم العمى التام وحينئذ فيكون التشخيص سهلا فان المريض
لا يبصر وحدقته كانها مسدودة بجسم مظلم ملون بالوان مختلفة والاغلب كونه
اشهب واذا كانت ظلمة البللورية غير كاملة انبسطت الحدقة وانقبضت من تاثير
الضوء في العين وقد لا تتحرك الحدقة اصلا ويصدر ذلك من الكمنة او من التصاق
البللورية بالقزحية او غير ذلك والكترا تا الخلقية لا تفقد معها قوة الابصار فان من
المصابين بها من يميز الالوان الواضحة كالبياض والسواد والحمرة وغيرها والغالب
انهم يحولون المقلة الى الاسفل عند رؤية هذه الاشياء ومن النكت الغريبة

السير

المشاهدة

المشاهدة كثيرا كثرة تحرك مقلة من ولد اعمى واستمرار اضطرابها ولا يمكن تسكينها بشئ * وقد اوصوا المعالجة الكتراتا فى ابتدائها باستعمال الزيبق الحلو والسليمانى الاكال والشوكران والمنفطات والحزام والمقصى والعلق والفصد العام والاكحال المختلفة الطبيعة والكهربائية وغير ذلك وكل هذه غير كافية لشفائها والمتكفل بذلك انما هو العملية الجراحية المزيلة للمانع من نفوذ الضوء فى الحدقة ثم ان هنا احوالا تدل على نجاح العملية واحوالا توجب الشك فى نجاحها واحوالا تمنعها فالاولى سلامة المقلة وتحرك القزحية من الضوء وتمييز الضوء من الظلمة وعدم الحس بالم فى الرأس وفى قرار الحجاج والثانية كون الاجفان او الملتحم محل التهاب دائم وكون الحدقة دائما منبسطة وقليلة الحركة والثالثة عدم تحرك القزحية بالكلية مع الالم فى قرار الحجاج او الجانب المحاذى للجمجمة وهزال المقلة وابتداء استسقائها او وجود احتقان ردئ فى اغشيتها ولا ينبغى الشروع فى عملية القدح ولو فى عين واحدة الا اذا فقد الابصار لانه اذا كان النجاح مشكوكا فيه لا يحسن ان يخاطر بعملية لا تنفع بل قد تضر * هذا ومن المهم ان يزال قبل العملية الالتهاب المزمن الذى يكون فى المقلة او الاجفان وان يقاوم داء الخنازير والاسكربوت والافرنجى اذا وجد واحد منها وان يهيأ المريض للعملية بالاستحمامات والمشروبات الملطفة والاستفراغ الدموى والمسهلات اللطيفة ان احتيج اليها وان يحترز عن العملية وقت استيلاء رمد او نوازل استيلاء وبائيا كما اوصى بذلك المعلم دوبيترن واجود الفصول لعملية القدح الربيع والخريف وضرر وضع المنفط قبل العملية بيومين او ثلاثة اكثر من نفعه واذا رأى الجراح ان وضع الجواذب مناسب فينبغى ان لا يفعله الا وقت شدة فعله وزوال التنبه الجديد الذى ينشأ فى ابتداء وضعها وان كانت الحدقة ضيقة منقبضة فينبغى ان يقطر عليها قبل العملية ببعض ساعات قطرتان او ثلاث من خلاصة البيلادونا اى ست الحسن * واعلم انه قد ظن من مدة طويلة ان اتحاد المجلس فى عملية الكتراتا فى العينين لازم وقال المعلمان اسكاربا ودبورو بعض جراحين اذا عملت عملية القدح فى احدى العينين وانتظرت فى الاخرى حتى تزول

المعالجة

ما يهيأ للعملية

لا يلزم اتحاد مجلس عملية القدح فى العينين

العوارض التي حصلت للاولى كان اولى لان فيه اضعافا للتهيج في كل عين وزيادة فوائد للمريض وارتضى ذلك المعلم دبويترن ايضا وزيادة الفوائد المذكورة هي ان المصاب بالكترانا في العينين اذا عملت له عملية القدح في احداهما وهي التي تكون محجوبة عن اتمام وظائفها قبل ان تصير البلورية في الثانية معتمة لا يفقد المريض الابصار بالكلية في زمن ما واذا كانت الكترانا خلقية انتظر بلوغ الطفل ثمان سنين او عشرا ثم تعمل العملية لان هذا وقت ادراكه الاحتياج الى البصر وكثرة الاهتمام به وليكون ساكنا قبل العملية وبعدها فان افراط الصراخ والاضطراب والانزعاج يمنع نجاحها بلا شك وبعض الجراحين يرى ان عملها اوائل سن الطفولية اولى لما يترتب على ذلك من تروض البصر على المرئيات مدة التربية ولانه ربما يحدث مع الكترانا بعض انواع من الالتصاق لو تاخرت العملية ❋ وينبغي في هيئة وضع المريض ان يكون جالسا على كرسي قليل الارتفاع جاعلا رأسه على صدر مساعد يقبض باحدى يديه ذقنه ويضع الثانية على جبهته ليرفع بسبابتها والوسطى الجفن العلوي وان تعصب العين الثانية بعصابة منحرفة تمنع عن الابصار فتقف عن التحرك حتى لا يصل ذلك التحرك منها الى الاخرى بواسطة السيمباتيا وان يكون الضوء الداخل من نحو الكوة صافيا غير شديد واقعا على العين التي تكون فيها العملية بانحراف واختار كل من المعلم بنيت ودبويترن ان يكون المريض مستلقيا على ظهره مرتفع الرأس قليلا لما في ذلك من عدم تغير الوضع بعد العملية ❋ واما الجراح فيجلس امام المريض على كرسي اعلى من كرسي المريض وبعضهم يختار ان يكون الجراح واقفا لكن ينبغي في هذه الحالة ان يحرص على عدم تحريك يده لانها حينئذ ليست معتمدة على شيء وينكس الجفن الاسفل بالسبابة والوسطى من يده اليسرى ان كانت العملية في المقلة اليمنى ومن يده اليمنى ان كانت العملية في المقلة اليسرى وحينئذ فلا يحتاج للالات الجراحية المعدة لتثبيت المقلة ثم يمسك الالة باليد الاخرى على ما يأتي فان خاف من اضطرابها عند العمل اسند رأس مرفقها على ركبته بعد رفعها على كرسي يضع عليه قدمه ويسند الخنصر والبنصر من

هيئة وضع المريض

وضع الجراح

قواعد العملية

الاولى قاعدة الاستئصال

اليد التي فيها الالة على صدغ المريض فيكون هو نقطة ارتكاز لها * ثم له
في العملية ثلاث قواعد الاولى قاعدة الاستئصال والثانية قاعدة التنكيس
والثالثة القاعدة المسماة بالكيراتوتيكسس اعنى بط القرنية * فقاعدة
الاستئصال هي آخر الثلاث اختراعا والمخترع لها دايبل ثم اتقنها كالافاى
وونزل وغيرهما وارتضاها الجميع ولها آلات مخصوصة ينبغي الاستحضار عليها هي
شيراطوطمو وهو سكين هرمي الشكل له حد منحرف مستم قاطع بجميع طوله
وآخر مستقيم معظمه غير قاطع وينبغي ان يكون المجهز من ذلك ثنتان لئلا تتكسر
الواحدة فلا يتمكن من اتمام العملية وشيسطوطمو وهو يشبه الفاربطوطمو
الاان في نصله قليل انحناء وله نصاب وملعقة صغيرة وجفت رفيع جدا ينتهي كل
من شعبتيه بكلاب مزدوج والسكين المثلثة للمعلم رشير التي طول نصلها اثنى
عشر خطا وعرضها من جهة القاعدة ثمانية خطوط مختارة عن سكين وينزل
المشابه لنصل المبضع وكيفية مسك السكين ان توضع بين الاصابع كقلم الكتابة
ويكون حدها القاطع مايلي الاسفل ثم تدخل تحت القرنية الشفافة من الامام بعيدا
عن محل اتحادها مع الصلبة بنصف خط فقط في وسط المسافة التي بين الطرف
الوحشي للقطر العرضي للمقلة والطرف العلوي لقطرها الطولي وحركات العملية
ثلاث الاولى شق القرنية الشفافة وذلك بان تغرس الالة في سطح القرنية باتجاه
عامودي اى لاماثلا للخلف حتى تنقطع القزحية ولا الى الامام حتى يكون قطع
القرنية مستقيما لامقوسا وعند بلوغ سن الالة للخزانة المقدمة يميل بسرعة نصابها
قليلا الى جهة الخلف ويزلق نصلها بانحراف الى الامام فيما بين القرنية والقزحية
حتى يصل طرف ذلك السن الى النقطة المقابلة لنقطة دخوله فيميل حينئذ نصاب
الالة الى الخلف اكثر من الامالة السابقة ويثقب القرنية من تلك النقطة باتجاه
عامودى على سطح تقعيرها مداوما على دفع الالة بهذا الاتجاه حتى تنفصل القرنية
من الاسفل فتكون على هيئة هدب هذا هو زمن شق القرنية وينبغي فيه ان لا
تنفذ الالة في المقلة الامن بعد سكونها بالكلية وان لايميل حد النصل الى الامام
لان ذلك مما يصير الهدب قصيرا ولا الى الخلف لئلا تصاب الصلبة ويكون دخال

حركات العملية ثلاث الاولى شق القرنية

النصل سريعا لئلا تستفرغ الرطوبة المائية واذا ذهبت المقلة في وقت تنفيذ الالة الى الانسية واختفت خلف الموق الاكبر فعلى الجراح ان يصبر برهة ويطلب من المريض ان ينظر الى الجهة الوحشية لتعود المقلة واذا تقدمت القزحية نحو الحد القاطع من الانشيراطوطمو ازيغت عنه بالدلك على العين قليلا وبالجملة فعليه ان يجتهد في ان يكون نصل الالة دائما ماليا باستحكام لشق القرنية مانعا لخروج الرطوبة المائية فان ذلك هو اهم ما ينبغي التمسك به في هذا الجزء من العملية الذى هو اصعب اجزائها فان كانت العملية في العينين معا فبعد شق قرنية الاولى تكشف الثانية وتستأصل الكترا تا قبل ان يرجع لتتميم العملية الاولى في العين التي تغطى حال العملية بعصابة * الثانية شق محفظة البللورية ويكون اما بابرة دافيل او ابرة دبويترن او شيسطوطومو بو يه وذلك بان تمسك كقلم الكتابة بالاصابع الثلاثة ويجعل محدبها نحو هدب القرنية ويرفع به قليلا ثم يوجه سنها سريعا الى محفظة البللورية وتنفذ اليها من الحدقة وتقطع به تلك المحفظة بالعرض مع غاية الاحتراس ثم تخرج الالة ومحدبها الى الامام خوفا من اصابة القزحية * الثالثة اخراج البللورية فبعد شق المحفظة المذكورة يترك الجفن الاعلى ساقطا ثم يضغط عليه بلطف من الجهة العليا للمقلة فتميل حافة البللورية العليا الى الخلف وحافتها السفلى الى الامام والاسفل فتخرج من محفظتها وتصل الى فتحة القزحية التي هى الحدقة لتخرج منها وليكن الضغط متجها من الامام الى الخلف ومن الاعلى الى الاسفل ليعين على خروج البللورية مع حفظ الجسم الزجاجي وهذه الكيفية يظهر انها اولى من الكيفية التي بها يرفع الجزء السفلى من العين بالسبابة فيتسبب ذهاب الحافة السفلى للبللورية نحو الحدقة (فان عسر خروج البللورية من الحدقة بسبب انقباض القزحية فليتحيل على انبساطها باظلام المكان او بان يقطر بين الاجفان بعض قطرات من خلاصة البيلادونا فان من خواصها تمديد الحدقة * وان بقي من البللورية اللينة خلف الحدقة فتات اشهب استؤصل بالملعقة الصغيرة للمعلم دافيل او بالحقن بالماء الفاتر بواسطة محقنة صغيرة ينتهي طرفها شاشة او مصفاة * وان كانت اهداب محفظة البللورية متموجة وملتصقة

الحركة الثانية شق محفظة البللورية

الحركة الثالثة اخراج البللورية

ما ينبغي عمله اذا انقبضت القزحية

استئصال فتات البللورية

استئصال اهداب البللورية

استؤصلت

استوصلت بالجفت الكلابي المنسوب للمعلم مونوار ومن اللازم ايضا ان
يستأصل بهذه الطريقة البلورية المتعظمة او المضبوطة بواسطة التصاقها
فى قرار المقلة واذا كانت البلورية غائرة فى الجسم الزجاجى او زائغة عن سمت البصر
تركت * واذا تهيأت بعض اجزاء الجسم الزجاجى للخروج بتقدمها الى الامام
ينبغي ان يجتهد فى منع ذلك بترك الضغط على العين وتغطيتها وتسكين المريض
فهذه هى الطرق التى يتمسك بها فى الطوارق المهمة التى قد تصاحب العملية
واما قاعدة التنكيس فكانت اولا بابرة مستقيمة مبرومة فلما ظهر المعلم اسكاربا
اخفى شهرتها واصطنع ابرة حادة جدا منحنية ملساء من جانبها المحدوب وذات
عرف مستطيل قاطع من الجانب المقعر وهى مركبة على نصاب مربع له
سطيحات يشاهد فى احدها نكتة سوداء تلى محدب السن والمعلم اى أرل اخترع
ابرة منحنية مثل الاولى غير ان ظهرها محدب وجانبها المقعر فيه قناة خشنة
خشونتها صالحة لان تتعلق بالبلورية * وابرة المعلم دويترن مسطحة
الوجهين وقاطعة من الجانبين وساقها يلى ما باستحكام الجرح الذى يحصل من
سنها * وابرة المعلم ابريتون مبرومة منحنية رفيعة جدا متينة جدا تنفذ
فى المقلة بادنى كبس وهذه الالات وان كانت كلها نافعة فى الايادى الممارسة
للعمليات الان ابرة دويترن بحسب ما يظهر لى هى التى تستحق ان تفضل على
بقية الابر بسبب زيادة السهولة التى بها تتم الحركة فى البلورية وغشائها على
اى نوع مشهور ومتبع * وكيفية عملية التنكيس ان يوضع المريض ويثبت
رأسه على ما ذكر ثم يؤمر بالنظر قليلا الى جهة الانف بعد ان يكون الجراح
مسك الابرة كقلم الكتابة بين الابهام والسبابة والوسطى ووضع سنها على الصلبة
خلف اتحادها بالقرنية الشفافة بمسافة خط ونصف او خطين اسفل القطر
المستعرض للحدقة بقليل وينبغي ان يكون محدب الالة من الامام ونصابها مائلا
الى الخلف لاجل انها تنفذ بغاية السهولة فاذا نظر المريض الى جهة الانف نفذ
الجراح سن الابرة فى الحدقة متجها به على موازاة سطح القزحية حتى يظهر له سنها
خلف الحدقة فحينئذ يحرك مقعرها على الحافة العليا لسطح البلورية المقدم

منع خروج الجسم الزجاجى

الثانية قاعدة التنكيس

ابرة دويترن

ابرة ابريتون

كيفية العملية

ويقلبها الى الخلف كابسا عليها الى الاسفل والخلف للجسم الزجاجى ووحشى المقلة ومن حيث ان مركز هذه الحركة من ساق الابرة فى الجزء النافذ فى الصلبة يستدعى ان يحرك انصاب الآلة على التعاقب فيمال من الامام الى الاعلى ثم الى الانسية وتترك البللورية منكسة بعض برهات لتثبت جيدا فى موضعها الجديد ثم تستخلص الابرة من البللورية بجذبها الى الخارج بحركات مخالفة للحركات التى ادخلت بها

تمزيق المحفظة او تنكيسها مع البللورية

* وينبغى ان يجتهد فى تنكيس محفظة البللورية حال تنكيس نفس البللورية او تمزيقها بالكلية بحيث لا يتسبب عنها فيما بعد ما يمنع الابصار فان شوهد حال تنكيس البللورية ان الحدقة لم تعد الى صفاتها الاصلى وغيبت الاهداب فى الجسم الزجاجى او اخرجت من الحدقة وغيبت فى الخزانة المقدمة

ما يعمل فيما اذا كانت الكترتا البنية

* واذا كانت الكترتا البنية وانصب السيال المكون لها فى الرطوبة المائية ينبغى ان تمزق سريعا محفظة البللورية تمزيقا كليا ولكن من الصواب ان لا تحرك الابرة حركة ما حال انصباب المادة اللبنية لان الجراح لا يمكنه حينئذ مشاهدة سنها فى المقلة بل ينبغى اخراجها حالا

ما يعمل اذا كانت المحفظة ملتصقة بالقزحية

* ومن الضرورى فى الطوارق التى تكون فيها محفظة البللورية ملتصقة بالقزحية فصل هذين الغشائين عن بعضهما قبل جذب البللورية عن محل الابصار والكترتا التابعية وهى التى تكون من ظلمة غشاء البللورية تستدعى العملية كانها اولية

وقوف البللورية فى الخزانة المقدمة

* ووقوف البللورية فى الخزانة المقدمة فى بعض الاشخاص ليس بعارض ثقيل لانه قد شوهد زوال هذا الجسم واذابته غير انه اذا سبب تهيج الزم حينئذ اما شق القرنية لتستخرج او ادخال الابرة كما فعل ديو يترن وذلك بان تدخل فى المقلة كما فى قاعدة التنكيس وتدفع بها البللورية من الحدقة حتى تسكن فى الخزانة الخلفية اسفل الجسم الزجاجى والثالثة قاعدة كيراتونيكسس ومعنى هذه الكلمة بط وهى عملية تنكس فيها البللورية بواسطة ابرة تدخل فى المقلة لكن من نقطة معينة من القرنية ويظهر ان هذه العملية اخترعت فى القرن السابع عشر من الميلاد واول من فعلها كنال

طريقة العملية

انجليزى ولم يقل بانها قاعدة عمومية غير الجراحين النمساويين ويكفى لها الابرة المعتادة ومن المهم ان يحرص على بسط الحدقة ما امكن بتقطير بعض قطرات من

البلاد وناو يوضع المريض منبطحا رأسه كما ذكر آنفا ويؤمر بالنظر لا على الخط الافقي بقليل ويمسك الجراح حينئذ الابرة باليد اليمنى في كل من العينين كقلم الكتابة ويجعل تقعيرها فيما يلي جهة الاعلى ويقدم سنها الى القرنية باتجاه عامودى على سطحها حذاء الحافة السفلى من الحدقة عند نفوذها في الخزانة المقدمة للمقلة يأتي بها من اعلى منحرفة حتى تصل للبلورية فهنالك يدير تقعيرها الى الاسفل وحينئذ فهو بالخيار بين ان ينكسها اسفل المحور البصرى او يفتتها بحيث ان فتاتها ينتشر في الرطوبة المائية ويمتص فيزول بعد حين * واما الحكم على هذه

حكومة على هذه القواعد الثلاث

القواعد فالتأمل الكلي في المنافع والمضار المصاحبين لها يوضح ان التنكيس اكثرها انجاحا ولا ينبغي عمل الكبر او تنكيس الا عند العجز عن استعمال بقية القواعد وينبغي للشبان من الجراحين ان يمارسوا جميع القواعد على حد سوا ليمكنهم استعمال كل منها في العوارض التي تستدعى احدها دون البقية ويتحقق رجوع الابصار للمريض بعد الفراغ من العملية بان يعرض عليه جسم صغير الحجم متوسط الاستنارة لكن الاجود ان لا تفعل هذه التجربة الا بعد ثلاثة ايام او اربعة وينبغي ان يتأمل في العين التي حصلت فيها العملية قبل طبق اجفانها وتغطيتها على ما سيذكر وينظر هل حصل في القزحية فتق من حوافي الجرح ام لا فان كان حصل ذلك اجتهد حالا في رد الغشاء الى وضعه الطبيعي اما بتنبيه انقباضه بواسطة بعض دلك على الجفن العلوى او بدفعه في باطن المقلة بالملعقة الصغيرة واجتهد ايضا حال انطباق الجفن السفلى في ان لا ينحاش في اسفل هدب القرنية وكلما كان الشق اوسع او اقل انحراف كان الخوف من ذلك اعظم فلذلك ينبغي ان يضغط على هذا الجفن برفق ثم تجذب حافته السائبة الى الامام بلطف ثم تترك لتصعد مع الاجتهاد في انها تغطي شق القرنية بالكلية من غير ان تنفذ بين حوافي

المعالجة التابعة لعملية القدح بالاستئصال

الشق * ثم ان معالجة شق القرنية يكون بتغطية المقلة بتفتيك رفيع ناشف او مدهون بمرهم زحلي او مرهم جالينوس وبالرباط الاعورى او برفادة محفوظة بلفافة مشدودة قليلا وهو الاجود ثم يوضع المريض على سرير في محل قليل الضوء ورأسه وصدره مرتفعان ويلازم الراحة الكلية بقدر عشرة ايام

وان حدث للمريض سعال اجتهد فى تسكينه ما امكن لان الاهتزاز منه يصل الى الرأس فربما سبب خروج الجسم الزجاجى ويغير الجهاز كل صباح وتغسل حوافى الاجفان باحتراس ولطف وتجذب برفق الى اسفل الجفن السفلى لئلا ينقلب الى الباطن ويؤمر بالحمية فى الايام الاول من العملية ثم بالاطعمة القليلة التغذية السهلة الهضم وبالمشروبات الملطفة وبمسهل خفيف وفى اليوم الرابع لا قبله يسمح له بالقيام بعض دقايق وفى اليوم الخامس يترك الفراش مقدارا من النهار وحينئذ فيمكن التأمل فى المقلة لان التحام القرنية حينئذ يكون قد تقدم فى الشفاء تقدما جيدا ولا تعالج العين بعد مضى هذه الايام وينبغى ان يدخل الضوء فى مسكن المريض شيأ فشيأ لكن عليه ان يستمر زمنا طويلا محترسا من الضوء الشديد وينبغى ايضا ان لا يمعن النظر فى المرئيات ويصون عينيه بوضع خرقة خضراء عليهما ونغالب انه يحتاج لاستعمال العيون المحدبة لتصلح الضعف الحاصل من عدم وجود البلورية ولا يحتاج للتنبيه على انه ينبغى المبادرة بازالة اعراض الرمد اذا حدث اول الامر فان ذلك من المعلوم

المعالجة التابعية لعملية القدح بالتنكيس

* واما معالجة عملية التنكيس فبأن يخفض الجفن بعد العملية حالا الى لاسفل ولا يسمح للمريض بمشاهدة مرئى ابدا وتغطى الاعين بلفافة قليلة الشد ويوضع على فراشه جالسا مائلا الى الخلف قليلا او جالسا على كرسى ويكون فى محل قليل الضوء ويلازم الراحة الكلية بعض ايام ولا ينبغى ان تكشف العين على رأى سكاربا الاقرب اليوم الثالث والمعلم بيرى ان تكون الاعين فى ذلك الوقت مستورة بخرقة خضراء وتستمر كذلك زمنا طويلا وبعض الجراحين يأمر بعد العملية فى يومها بمسهل لطيف وهو سلفات المينزيا واذا حدث عقب العملية فى وشقيقة اوعوارض اخر عصبية عولجت بسهولة على رأى اسكاربا بحقنة مصنوعة من ثمان اواق من مغلى البابونج وقمحتين من الافيون

تدريب من ولد بالكتراتا وعملت له العملية على رؤية المرئيات

* واعلم ان الاشخاص الذين ولدوا بالكتراتا وحصلت فيهم زمن الطفولية وعملت لهم العملية فيما بعد ينبغى ان يدربوا على رؤية المرئيات ولكون ذلك بمعالجة تابعية يحتاج اليها زيادة عن المعالجة العمومية لانهم كانوا فاقدين انطباع المرئيات

فى

فى البصر ثم طرأ عليهم فيحتاجون للتدرب عليه وقد ذكر المعلمان شيزيلدن وفورلانس فى بعض مشاهداتهما ان من الذين عملت لهم العملية اشخاصا كانوا تعودوا على ان يدركوا الاجسام باللمس فلما ابصروا تلك الاجسام اول مرة نظروها امام اعينهم بدون ان يعرفوا لها لونا ولا شكلا ولا بعدا والذى يبعدهم عن خطائهم فيها شيأ فشيأ هو حاسة اللمس والاصل فى مهارة الجراح فى معالجة ذلك انه يوفق بفطانة فلسفية بين ممارسة البصر وممارسة اللمس توفيقا تدريجيا فبذلك ترفع الحاسة الممارسة خطأ الحاسة الحادثة الذى قد يقع فيه الشخص المفعول فيه عملية القدح

السابعة عشر العشا وهو الابصار نهارا

والعشاء مرض يمنع العين عن الابصار ليلا ولا تبصر الا حال ارتفاع الشمس على الافق * واسباب هذا المرض خفية الا انه قد شوهد ان هذا المرض يستولى استيلاء وبائيا والاشخاص الذين اصيبوا به كانوا معرضين ليلا لتأثير هواء بارد رطب فهذا مما يدل على ان ذلك سبب له تاثير عظيم فى احداث العشاء * وقد يسبق ظهور هذا المرض الصداع والاضطراب والالم وهذه تعود فى كل مساء وكثيرا ما يكون هذا المرض فى ابتدائه خفيا ولا يشتد غاية الاشتداد الا بعد سبعة ايام او ثمانية وقد يكون شديدا من ابتدائه والمريض يتعجب من كونه يرى نفسه دفعة فى الظلمة حال غروب الشمس والداء المذكور يختلف بحسب كونه كاملا وغير كامل ففى الحالة الاولى يعدم الابصار بالكلية ليلا حتى انه لا يرى ضوء الكواكب وضوء الاجسام الموقدة وفى الحالة الثانية يبصر بعض الاجسام اللامعة لكن لا يحقق بقيتها وعلى كل من الحالتين فالمريض يبصر نهارا ولا يبصر ليلا ما دام هذا الداء مستمرا ولا يشاهد فى العين تغير اصلا اذا تؤمل فيها بانتباه كلى سواء كان فى حالة قتامة الاغشية المقلية او شفافية رطوباتها غير انه فى بعض الاحيان قد تشاهد تغيرات خفية فى سعة القزحية وكذا فى سرعة تحركها * ومدة العشاء فى الغالب بعض اسابيع وقد يزول فى بعض ايام بواسطة معالجة معقولة وتدر

اسبابه

اعراضه

مدته

مجاوزتها ثلاثة اشهر اواربعة وهذا الداء يعود لبعض الاشخاص فى كل سنة
فى ازمنة معينة كالربيع والخريف * ومعالجة العشاء تكون باستعمال بعض معالجته
وسائط ثبت نجاحها بالتجربة كوضع منفط على نقرة القفا اوقرب الزاوية الوحشية
للعين اوحزم العنق من الخلف واقوى الوسائط فعلا فى الاكثر هو الفصد العام
والموضعى ولا بأس باعطاء بعض المسهلات اللطيفة وينبغى ان تعاون نتايج
بقية الوسائط بالتدبير اللطيف والاستحمامات

الثامنة عشر الجهر وهو الابصار ليلا

الجهر مرض تبصر معه المرئيات بسهولة عند ضعف الضوء وفى الظلمة ويقل
ابصارها او يعدم بالكلية فى الضوء الشديد اوفى النهار وهذه الحالة طبيعية
لامرضية فى بعض الحيوانات كالهرة والطيور الليلية وهذا الداء دائما يصيب
العينين معا اذا كان عضويا * واسبابه خفية جدا لكن يظهر ان الغم والسهر الاسباب
والمطالعة وشرب السائلات الروحية قد تسبب عنها حدوثه * وان اعراضه الاعراض
عدم تحمل المريض ضوء النهار ولو ضعيفا ومتى اخذت الشمس فى الميل الى
الغروب ابصر شيأ فشيأ ثم يعود له عدم الابصار عند بزوغها ومدة هذا الداء غير
محدودة وانتهاؤه فى اغلب الاحوال جيد فيحصل الشفاء منه * ومعالجته المعالجة
خفية ايضا فاذا كان هناك دلائل علاجية تتخذ من الاسباب المعروفة اومن
المرض تممت واذا كان مع المريض وفور دم فى المخ ينفعه وضع العلق خلف الاذن
وعلى الصدغين وفى احوال اخر غير هذه تستعمل المنفطات والحزام اوالمقصى
على نقرة القفا واحيانا يستعمل بنجاح الافيون والاستحمامات ومضادات
التشنج

التاسعة عشر ديبلوپيا وهو ازدواج البصر

الديبلوپيا اضطراب فى البصر يصدر عنه ابصار الشئ المرأى شيئين متميزين
بحيث يرى ان كل مرئى يشاهد كانه مزدوج واسبابه العضوية خفية جدا

وكثيرا ما شوهد فى الاشخاص العصبيين السوداويين الذين كابدوا هموما شاقة وفى الاشخاص الذين تأثرت اعينهم من مؤثرات شديدة نيرة وكذا فى النساء الحوامل وكثيرا ما تكون الديبلوبيا عرضا للحول والكثير ان يكون هجومها بغتة وكثيرا ما لا يدرك الشخص فى ابتداء المرض خطأ حاسته فيظن ان المرئيات مزدوجة حقيقة كما يراها ولا يمكنه ان يميز الدقيق منها ولا القريب جدا ولا تمكنه القراءة واذا غمض المريض عينا واحدة زالت الديبلوبيا وصار البصر سليما لكن هذا ليس مطردا فان ذلك قد يستمر وان كان فاتحا العين واحدة ويندر ان تطول مدة هذا المرض والغالب ان يزول فى مدة شهر وقد ينتهى بكمنة غير قابلة للشفاء وتشخيص الديبلوبيا لا يكون دائما سهلا وكثيرا ما يكون معها حول ابتدائى فينبغى ان يجتهد فى البحث عن اتجاه العينين حال حركاتهما المختلفة ليتحقق هل ازدواج الابصار عضوى او عرضى * وقد استعمل بنجاح فى الطوارق المشاهدة الى عصرنا هذا وضع المنفطات على نقرة القفا والمحاجم التشريطية والوضعيات العطرية على الاعين والمشروبات المضادة للتشنج والمصرفات فى القناة المعوية

المعالجة

العشرون الاميوبيا

الاميوبيا آفة فى جهاز البصر لا يشاهد الشخص المصاب بها من المرئيات الا الجزء العلوى او السفلى او الجانبى او المركزى وهذا الداء يكون نتيجة لشلل جزء من الشبكية او فقد حسها فى حالة واحيانا تكون نتيجة هذا الغشاء تشبه هذه الحالة لكن تكون سريعة الزوال لانها تكون صادرة من فعل سمباتوى او حبة تهيج احد الاحشاء البطنية واذا كان نتيجة ظلمة نقطة من القرنية او من محفظة البلورية فلا يطلق عليه اسم الاميوبيا لان الشخص حينئذ يشاهد المرئيات على حقيقتها سواء نظرها من بعد او من قرب وينبغى لينال الشفاء النادر فى هذا الداء ان يجتهد فى معرفة صدوره من اى حالة مرضية من الاحوال السابقة فتعالج تلك الحالة لانه فى حد ذاته لا يستدعى معالجة مخصوصة

الحادية والعشرون الخيالات

الخيالات ان يرى الانسان اجساما مختلفة سابحة فى الهواء اوشررا اوضوأ كبرق اويرى صور المرئيات متغيرة عن حالتها الطبيعية اويشاهد الشئ الواحد متعددا ويصدر هذا الداء من تهيج فى المخ اواضطراب فيه اومن آفة مخصوصة فى الاعين ومعالجته تكون بازالة السبب المحدث اوالحافظ له

الثانية والعشرون الكمنة وتسمى القطرة الصافية

الكمنة داء ينشأ عنه تناقص الابصار اوفقده بالكلية مع عدم تغيرواضح فى البنية الالية للمقلة ولذلك سموا هذا المرض بالقطرة الصافية وبالكترانا السودا وزعم بعض الفيسولوجين ان مجلسها المشيمية لكونهم كانوا يعتقدون انها المنوطة بتأثير الضوء فيها لكن فى يومنا هذا ثبت ان الضوء يؤثر فى العصب البصرى والشبكية وهذا الداء قد يكون مقصورا على عين واحدة وقد يتعداها الى الثانية * واسبابه كثيرة فمنها مايؤثر تاثيرا واصلا فى العين كالتعرض للضوء الشديد والتعود على التحديق فى المرئيات الدقيقة والمطالعة الطويلة وتاثير الابخرة الرديئة ورض المقلة واستعمال الوضعيات المخدرة ومنها مايؤثر تاثيرا بعيدا كاحتباس استفراغ اعتيادى والسكر المتكرر والافراط من الجماع والانفعالات النفسانية الشديدة والحمل وغير ذلك وقد تكون الكمنة عرض داء ديدانى اواستيريا اوارتبال معدى اوداء افرنجى اونتيجة آفة فى البنية الالية اوغير ذلك * واما اعراضها ففقد البصر فيها تارة يكون تدريجيا وتارة يكون دفعة وفى بعض الطوارق يرتقى الى درجة يفقد فيها المريض تمييز الضوء عن الظلمة وفى بعضها يرى كان ضبابا يحول بينه وبين المرئيات فتسمى حينئذ بالكمنة الكاملة وقد يصحب فقد البصر الم اصم فى قرار الحجاج وهنالك اعراض اخر لايدركها الا اهل الفن فان الحدقة فيها تكون كبيرة ذات لون اسود جميل والقزحية فى الغالب لاتتحرك من تعود الضوء فى المقلة ولو كان شديدا والحدقة تبقى حافظة لشكلها الخلقى وفى بعض الطوارق تصير مثلثة اوبيضية الشكل

الاسباب

الاعراض

وقد تفقد لونها الاسود وتكتسب اتساجاشبكيا رماديا لكن يوجد احيانئذ تغير في بنية الشبكية فيشاهد في سحنة المريض هيئة توهم فقد البصر قبل تحققه وتلك الهيئة كعدم الانتباه والزوغان واما بقية الوظائف فلا يشاهد فيها تشوش اصلا * وسير الكمنة في الغالب مستمر واحيانا يعود في ازمنة منتظمة او غير منتظمة فيعود في كل سنة مرة اوفي كل شهر واذا حصل في بعض الطوارق حمى متقطعة حصل في الكمنة في كل نوبة ازمان الامراض الثلاث التي هي الابتداء والتزايد والانحطاط وبندر قصر مدتها وكثيرا ما تنتهي بالموت وتشخيصها سهل الا اذا غش المريض الطبيب غير ان هذا الغش قد تسهل معرفته * وانذار الكمنة ثقيل جدا سيما اذا كانت في العينين او كانت كاملة وينبغي مقاومتها بقوة عظيمة حال ابتداء ظهور اعراضها اذا كانت عتيقة ودائمة واثقلها ما كان نتيجة آفة في البنية الآلية لعصب البصر او المخ * ومعالجتها المعقولة تكون اولا بازالة الاسباب المحدثة لها فتستعمل سولفات الكينكينا اذا حصلت من حمى متقطعة ويستعمل الزيبق اذا حصلت من داء افرنجي ويستعمل الفصد العام والموضعي اذا حصلت من تهيج ومدحوا في ذلك فصد الوريد الصدغي والوداجي فاذا لم يمكن ذلك فصد وريد القدم واذا حصل احتباس سيلان بواسيري يوضع العلق على الشرج واذا كان طمثيا يوضع على الفرج وفي غير هذه الاحوال يوضع على الصدغ او الجفن السفلي للعين المريضة وفي باطن العين ايضا واذا كان سببها ارتداع قوبا اعيدت الى محلسها الاول بعمل منفطة فيه واذا كان سببها الاقليم ابعد الشخص عنه واذا كان الصنعة تركت فاذا استمرت الكمنة مع كل ذلك قووم شلل الشبكية باستعمال المصرفات العمومية والموضعية في الجلد كالحزام والمقصي والمنفطة على نقرة القفا والمحاجم خلف الاذنين واستعملت المصرفات ايضا في القناة المعوية بالمسهلات المناسبة وقد استعملوا في الادوار الاول للكمنة البرودات المنبهة كماء الانيسون والشمار موضوعا عليه قطرة من روح النوشادر وكذا التهابيل التي من مغلي النباتات العطرية كتلقي الابخرة المتصاعدة من القهوة حال غليانها او من السكر حال وضعه على النار او من المر

السير

الإنذار

المعالجة

او الكافور او نحو ذلك ووصول البخار المذكور للعين يكون بواسطة قمع يجعل واسعه جهة العين وكذا السعوطات المعطسة كالنشوق لغير المعتادين عليه وعصارة السلق وينبغي ايضا عدم اهمال الجواهر المنبهة للعاب كعود القرح ونحوه لانها ربما اسببت نفعا واضحا لا يحصل من غيرها وكثيرا ما تستعصى الكهنة على جميع وسائط الصناعة ومتى حصلت للشخص مرة صار بعد ذلك مستعدا لعودها ثانيا بالنوبة او بالنكسة فينبغي الاجتهاد في منع حصولها بالمداومة على استعمال الوسائط التي نجح استعمالها فيها واذا قطع رجاء الشفاء من عين كان على الطبيب ان يوجه اجتهاده للعين الثانية لتحفظ من هذه النهاية الرديئة واجود الوسائط لذلك في جميع الطوارق امر المريض بعدم استعمال العين في الابصار الابغاية اللطف فلا يفرط من المطالعة ونحوها من الاشغال الشاقة على البصر بل ينبغي له ان لا يستعملها الا في الامر الضروري كالذهاب والاياب وعليه ان يتجنب التفريط في ذلك ما امكن

الثالثة والعشرون الحول

الحول سوء حالة في العينين لا يتأتى بها اتجاههما في آن واحد نحو مرئي واحد * واسبابه كثيرة الرئيس منها عدم المساوات في قوة العضلات المحركة للمقلة او اختلاف القوة الباصرة في العينين والاول من هذين السببين متى بلغ درجة من درجاته سبب الحول وثانيهما لا يسببه الا اذا ارتقى لاعلى درجة لان المقلة الضعيفة حينئذ تقف عن توصيل المرئي لغايته بخلاف ما اذا كان متوسطا فان المريض يبصر بعين واحدة اكثر من العينين وحينئذ فالمقلة الاقل قوة تزوغ ومن المظنون ان هناك بعض احوال تحدثه فكثيرا ما يصدر عقب التشنجات العمومية وكثيرا ما ينسب لرداءة اتجاه الضوء الى احدى عيني الاطفال في المهد وقد يكون نتيجة التعود على الابصار بخزر ارادي كما تفعله الصبيان على سبيل المزاح وفي بعض الطوارق يكون عرضيا للداء في المخ او لمرض في الحجاج * واعراض الحول ظاهرة فان المقلتين فيه بدلا ان يتجها نحو نقطة واحدة تتجه كل واحدة

الاسباب

الاعراض

منهما الى نقطة فاقواهما تكون نحو المرئي المشاهد من الشخص واضعفهما نحو مرئي اخر كثير البعد او قليله والاكثر ان يكون الزيغ للجهة الانسية وقد يكون للجهة الوحشية ويندر كونه من اعلى او من اسفل ومتى كان الحول ابتدائيا وقليلا كان رؤية المبصر مزدوجا اول اعراضه ولكن هذه تزول متى كان الزيغ اعظم وانما يبقى تناقص في امتداد البصر وصفائه ومعظم المرضى لا تبصر الا بالعين القوية وبعضهم يستخدم العين الضعيفة في رؤية المرئيات الدقيقة والقريبة جدا فحينئذ يبصر بحزر تارة يكون باحداهما فقط وتارة بهما على التعاقب واذا كان الحول من عدم استواء القوة العضلية فيزيد او ينقص على حسب نظر المريض ان كان من اليسار او من اليمين ففي هذه الحالة لو ابصر المريض المرئي مزدوجا حصل تباعد المرئيين او تقاربهما على حسب زيادة زيغ المحورين البصريين او تناقصه وعلى اي حالة كان وضع المقلة فالزيغ دائما يحدد بين محوري الابصار في نوع من الحول مسمى بالحول الثابت وقد جعلوا من انواع الحول الحول من الانسية والحول من الوحشية والسريع الزوال ونحو ذلك ❊ واكثر الوسائط المستعملة لمقاومة الحول قليل النفع ومع ذلك فاستعمالها اقل ضررا من تركها بالكلية فانها ربما تنجح في بعض الطوارق والوسائط المذكورة هي اولا وضع فص يشبه نصف قشرة الجوز على العين ويجعل فيه ثقب ضيق يكون على المحل الذي ينبغي ارجاع الحدقة اليه وثانيا وضع اعين على هيئة مرآة امام العين فبسبب المشقة المتسببة عنها تدفع العين الزائغة نحو الانسية او الوحشية وثالثا تقوية الحول الناشئ من ضعف احدى العينين بتخصيصها بممارسة الابصار لا غير واضعاف العين الثانية بالراحة الكلية او بواسطة وضع عدسة مقعرة من بللور امامها ورابعا استعمال الادوية المناسبة لمقاومة شلل العضلات المحركة للمقلة او تشنجها اذا ظن ان الحول ناشئ من ذلك

المعالجة

الرابعة والعشرون تشنج المقلة

تشنج المقلة هو عدم انتظام حركاتها الصادر من انقباضات اختلاجية

فى العضلات المحركة للمقلة وهذا الداء يكون عضويا وسببا قويا ويعالج بعد مقاومة الاسباب البعيدة اذا وجدت بالفصد الموضعى وباستعمال مضادات الالتهاب

الخامسة والعشرون الجحوظ

الجحوظ ويسمى بروز المقلة اوسقوطها هو خروجها من التجويف الحجاجى وان بقيت مثبتة فى هذا التجويف ببعض متعلقاتها ووجود هذا الداء قليل وقد يصدر من بروز اورام فى الحجاج وقد ينتج من اضطراب شديد ففى الحالة الاولى يزول الجحوظ بازالة الورم وفى الحالة الثانية يضطر الى رد المقلة لمحلها وتثبيتها فيه مع مقاومة التهيج الذى هى مجلس له

السادسة والعشرون الميوبيا اى قصر البصر

الميوبيا قيل انه مرض والاولى ان يكون تشوشا لايمكن معه تمييز المرئيات البعيدة بل ولا القريبة فيضطر صاحبه لتقريب ما يريد رؤيته الى العين جدا حتى يمس الانف او يكون بعيدا عنه بقيراط اوقيراطين سيما عند المطالعة وتصدر من رداءة مقادير رطوبات المقلة وكثافتها فانه يحصل من ذلك اجتماع الاشعة الضوئية قبل وصولها الى الشبكية لانه متى فرض ان جسما او اكثر من الاجسام التى تجتازها الاشعة الضوئية قبل ان ترسم المرئى فى الشبكية كان ذا سعة او كثافة فلابد من حصول تشوش فى البصر وحينئذ فكلما كانت هذه الاجسام اكثر سعة وكثافة كانت الميوبيا اقوى وقد تكون الميوبيا نتيجة عادة تتخذها الصغار من تقريبهم المرئيات عند رؤيتها من اعينهم * وهذه يسهل شفاؤها بتعويدهم على رؤية الاشياء من بعد تدريجا شيأ فشيأ ويؤمرون بالمطالعة من بعد ويمنعون عنها من قرب واذا كانت الميوبيا خلقية فالغالب انها تتناقص عند التقدم فى السن لان تحدب البلورية يأخذ فى الانحطاط كلما تقدم الانسان فى السن وبقية الاحوال لا يوجد لها دواء كاف لاصلاح سوء هذا النظر والكثير ان يقتصر فيها على المعالجة المسكنة وتكون باسعاف العيون البلورية المقعرة فان من خواصها تكثير انفراج الاشعة الضوئية الواقعة على القرنية فعلى هذا كلما كانت

المعالجة

الميوبيا قوية ينبغي ان يكون تقعر البلورات المناسبة لها اكثر

السابعة والعشرون البربيت اى طول النظر

اما البربيت فهو داء بعكس الميوبيا فان الاشخاص المصابين به لا يميزون المرئيات بسهولة الا اذا كانت بعيدة عن الاعين بعدا تاما ويسمى هذا الداء عند العامة بالبصر الطويل او بصر الشيوخ لكونه يوجد غالبا فى الشيوخ ويعرف من الظاهر بتسطح القرنية ويظهر ان كمية الرطوبة المائية فيه ناقصة وان الخزانتين ضيقتان لانه ينتج من ذلك ان الاشعة الضوئية لا تكاد تنكسر انكسارا قويا حال اجتيازها فى رطوبات المقلة فتنتقل الى الشبكية قبل انضمامها اذا كان ابصار المرئيات من قرب اما اذا ابعد المرئى فالاشعة الضوئية الذاهبة منه من حيث انها تقرب للتوازى لا تحتاج الا الانكسار ضعيف لتعود منضمة فى نقطة واحدة من الشبكية فتسبب ابصارا واضحا اكيدا وهذا الداء دائما نتيجة لازمة لاستئصال البلورية او تنكيسها فى عملية الكترتا لان انكسار الاشعة الذى كان يحصل من البلورية يفقد فتقع الاشعة الضوئية على الشبكية قبل انضمامها ثانيا والتقدم فى السن يزيد فى هذا الداء يوما فيوما فاذا كان المصاب يطالع بسهولة من مسافة بعدها اقدم بواسطة العدسات المحدبة اى العيون البلورية التى من نمرة سبعة او ثمانية لا يمكنه بعد عشر سنين ان يطالع من نفس هذه المسافة الا بعدسات من نمرة اربع او ثلاث والمشاهد فى الميوبيا عكس ذلك وهذان الداآن وان كانا متميزين عن بعضهما بواسطة نتايجهما الا انهما اقل تميزا بالنظر الى ازمنة الابصار وبالنظر ايضا الى الوسائط المستعملة لاصلاح العيب الحاصل فى مقادير وطوبات المقلة سواء كان فى العين الواحدة او فى الثنتين اذ غاية ما هنالك ان العدسات البلورية تكون مقعرة فى الميوبيا لتصير الاشعة الضوئية منفرجة ومحدبة فى البربيت لتصير متقاربة وهذه هى الوسائط المأمونة التى يداوى بها الطب العينى سوء الابصار للعالتين المذكورتين * وحيث كانت العين اتقن كل آلات الاوطنة كما اعنى علم الابصار تقبل التغير بسرعة اكثر من بقية الاعين البلورية ومنفعتها

الاعضاء كان من اللطف الخفى وكمال العناية ان فى الصناعة ما يمكن به اصلاح عيوب هذه الآلة حتى يحفظ لنا التمتع الكلى بحاسة بها حريتنا واستقلالنا وذلك باستعمال البللورات المحدبة والمقعرة فالمصابون بالبريزبيت باستعمالهم العيون المحدبة يقدرون على ابصار المرئيات بدون حاجة الى تبعيدها زيادة عن حد الابصار المعتاد والمصابون بالميوبيا يقدرون باستعمال المقعرة على ابصار الاجسام بدون حاجة الى تقريبها جهة العين جدا حتى تكاد ان تمسها وذلك اتماما لما من علم الطبيعيات الذى علمنا انه يلزم لكون الابصار واضحا متميزا ان تكون الحزم الضوئية المنبعثة من سطح الجسم المنظور بعد اجتيازها فى رطوبات المقلة واصلة الى الشبكية متجمعة حتى ترسم فيها صورة النقطة التى انبعثت منها فاذا كانت المقلة مكسرة للاشعة بقوة زائدة بحيث يتم تجمعها قبل وصولها الى الشبكية كانت الصورة المرسومة فيها غير مصورة لنا تصويرا كاملا ويوجد حينئذ العيب المسمى بالميوبيا فيضطر لتقريب المرئى جدا من العين واما فى الحالة المضادة لهذه فتكون الاشعة غير زائغة زوغانا كافيا حال اجتيازها فى اوساط اجزاء المقلة المكسرة للاشعة وتصل الى الشبكية قبل اجتماعها فتكون صورة النقطة المرئية مرسومة فى الشبكية المذكورة ارتساما غير جيد فيحتاج لاجل ان ترى هذه الصورة متميزة ان يبعد المرئى حتى يكون الضوء حال وقوعه عليها اقل انفراجا وينكسر انكسارا مناسبا والعيب المذكور هو البريزبيت وهو اكثر ضررا من الاول لان تبعيد الجسم المراد ابصاره ينقص عظم صورته وينقص ايضا عدد الاشعة المعينة على تكوينها وكل من المصابين باحد هذين الداءين وهم البريزبيتيون والميوبيون اذا استعمل العيون البللورية الموافقة له لا يحتاج لتنويع تبعيد الاجسام بل ينظرها نظرا جيدا من البعد الذى ينظرها منه الاشخاص الذين يكون بصرهم جيدا لانه قد اتضح من نتائج استعمال الاوساط المنتهية باسطحة منحنية محدبة ومقعرة انه اذا استعملت البللورات المحدبة فى البصر المصاب بالبريزبيت ينقص انفراج الاشعة او يزول ثم ان المقلة بعد ان تكسر تلك الاشعة تحصل صورا متميزة واضحة فبناء على ذلك تزيد البللورات المقعرة فى انفراج الاشعة المجتازة فيها فتسبب

بالميوبين

للميوبيين نقص هذه المنفعة فاذن لا يوجد شيء يجب فعله سوى تحديد درجة التقعير والتحديب اللازمة للبلورات اللائقة لكل من هاتين الحالتين فعلينا ان نقتدي في خصوص هذا المعنى بحسن ارشاد الامتحان والتجربة فعلى الشخص المحتاج لان يلتجئ الى استعمال العدسات البلورية ان ينتخب من البلورات ذوات النار المختلفة التي تظهر المرئيات وتميزها باكثر صفاء ما يناسبه والمراد بنار العدسات البلورية عند معلمي الاوطة كانمرة العدد فان نمرة اربعة وعشرين مثلا تدل على ان العدسة البلورية اذا عرضت للاشعة الشمسية جمعت تلك الاشعة في نقطة بعيدة عن العدسة بمسافة قدمين والغالب ان هذه النمر لا تدل الا على قراريط ما دامت نار البلورية غير قصيرة جدا وفي عكس ذلك لا تدل الا على خطوط وتسير هذه النمر من اربعة وعشرين الى واحد لكن من كانت نارها اقل من ثلاثة قراريط ونصف او اربعة فلا توجد غالبا الا في العدسات المحدبة المستعملة للاشخاص المفعول فيهم عملية الكترااتا وهذه العدسات قد يكون احد سطحيها مسطحا والثاني مقعرا او محدبا او كلاهما مقعرا او محدبا ونتيجة الاخيرين زيادة انفراج الاشعة او اجتماعها وما ذكر واضح اذا فرضنا ان العينين على حالة واحدة ولكن كثيرا ما يكونان مختلفين فلا يبصر بهما الشخص على حالة واحدة فلا انفع حينئذ ان يعطى لكل عين بلورة ذات نار لايقة بها وكثيرا ما تستعمل بلورات متلونة وغاية هذا الاستعمال تنقيص اشتداد الضوء القوي جدا واللون المستعمل والمقبول اكثر من غيره هو الخضرة والزرقة

الثامنة والعشرون اسكيروس المقلة وسرطانها

الاسكيروس لا يحصل في اجزاء المقلة كلها ولا بعضها بدون ان تتقدمه اعراض التهابية ولا يكون في الغالب نتيجة معالجة غير صائبة في رمد باطني او التهاب عمومي صادر من مرض شديد في العين وبالجملة فاسكيروسها كاسكيروس بقية اعضاء الجسم يحصل دائما عقب التهاب خفيف ويحدث فيه تيبسا وانتفاخا

لا يكون معه احيانا حرارة واضحة ولا تغير ظاهر فى الجلد بل ولا الم وحينئذ فمهما كانت صلابة العين وانتفاخها غير منتظمين ومهما كانت حالتها التى هى فى الغالب تكون على نسق واحد ومهما كان فقد البصر الذى لم يقبل الشفاء من الجانب المصاب ومهما كانت الاسباب المحدثة لهذا المرض فالذى ينبغى الامتناع الكلى عن الوضعيات والبرودات المهيجة واما الاسعافات التى على الطبيب الماهر استعمالها فهى فصد الصدغين عاما بواسطة العلق اوالمحاجم وموضعيا بالوخز الابرى المتكرر بحسب الحاجة والتدبير اللطيف وبعض المصرفات واذا استشعر المريض بالم شديد ناخس وكانت اوعية المقلة محتقنة واللون مائلا للزرقة ولم يوجد فى هذا العضو بروز واضح ولا ارتفاع ولا انخفاض واضحين ايضا ولا انتفاخ عظيم فالحيلة الحافظة لها من السرطان بل وصيانة المريض من موت محقق هى الاستئصال والذى ذكرناه هنا فى خصوص الاسكيروس العام لجميع المقلة يكون مثله فى الاسكيروس الذى لا يصيب الا بعض الاجزاء الواقية كالاجفان والحواجب لكن اذا وجب القطع فلا ينبغى ان يكون الا فى الاجزاء المصابة

سرطان المقلة

* واشد ما ينتهى به الاسكيروس خطر السرطان وينشأ دائما من التهاب متقدم عولج بمعالجة غير صائبة وغير معقولة وصفاته التى يعرف بها يبوسة اسكيروسية غير مستوية محدودبة ولون ازرق رصاصى واوعية كثيرة دوالية محتقنة بدم اسود ثخين مخططة فى جميع جهات العضو المصاب الذى لا يرى فيه اثر الاغشية اوالرطوبات الداخلة فى تركيبه وصيرورة القرنية والصلبة جوهرا ذا طبيعة واحدة ويحصل فيهما حينئذ تولدات فطرية ويرشحان مادة صديدية دموية حريفة نتنة ولا ينبغى التنبيه على ان البصر حينئذ فقد منذ زمن طويل مع عدم رجاء عوده ولا على الحس بالم غائر ناخس جدا كما يحصل فى جميع الداآت السرطانية ويصير المريض معرضا للارق ولتغير مزاج عمومى وللحمة ولغير ذلك ثم تتمزق الاغشية والدباتير السرطانى يعقب حالا التقيح المتقدم عليه فهذه هى اثقل اعراض العين وسيرامراضها وحيث ذكرنا فى مبحث اسكيروس المقلة انه لم يوجد له مداواة اجود من الاستئصال متى حصل الشعور بالالم

الغائر فينبغي الاسراع باتمام هذه العملية في سرطانها الغير المتقرح بالاولى
لان زمن توقع النجاح عزيز فلا ينبغي فقده باستظار مهلك لكنه ينبغي بعد انتهاء
العملية عدم اهمال الوسائط القادرة على منع اومقاومة الدياتيز السرطانى
فلذلك يلزم ان يكون تدبير المريض لطيفا مبردا ويداوم على استطلاق البطن
بالحقن الملين والمسهلات اللطيفة والادوية المرة والزيبقية المتنوعين على حسب
الدلالة الوقتية اذا مست الحاجة لهما وجميع ذلك هو الطريقة التي ينبغي
التمسك بها قبل العملية وبعدها الاجل ان لا يهمل شيء مما يوجب حصول النجاح
ومتى كان السرطان متقرحا سمي بالسرطان مطلقا والداء لا يكتسب حينئذ
درجة ثقل اعظم من كونه غير متقرح فينبغي حينئذ شدة الاحتراس والانتباه
لان الاجفان اذا اصيبت بالاسكيروس وابتدأ التسوس في عظام الحجاج فلا يشك
في عدم شفاء المرض والعملية بدل انها تصون حياة المريض تقرب زمن موته
فلا ينبغي الالتجاء اليها حينئذ بل المسكنات وحدها هي التي تنعش المريض
انعاشا برهيا وتسكن آلامه وتطيل حياته لكن ينبغي في استعمال هذه المسكنات
ان ينتخب منها ما ثبت بالامتحان انه اكثر نفعا ويكون استعماله على حسب
قوة المريض ومزاجه والغالب ان يستعمل للسرطان المتقرح في المقلة المكمدات
الملينة وضماد الشوكران والمريلا اى عنب الثعلب والبنج والبلادونا ورؤس
الخشخاش مع جذور الخطمية ويستعمل من الباطن من مسحوق الشوكران
ست قمحات اوسبع اوعشر اوثنتا عشرة في اليوم اومن خلاصته نصف قمحة
فاكثر الى درهمين ممزوجا بقدره ثلاث مرات من خلاصة الكينكينا ولا ينبغي
ترك الافيون ولا استحضاراته المختلفة فانه يحصل منها ايضا نتايج جيدة وينبغي
ان يعاون استطلاق البطن بالمسهلات اللطيفة وبالحقن الملين زمنا بعد زمن
فهذه هي الحيلة الموجودة في الحالة الراهنة للمعلم وهي متكفلة بتأخير تقدم
مرض قد عجزت الصناعة عن شفائه وينبغي في استئصال العين ان يكون المريض
جالسا ممسوكا كما في عملية القدح فاذا كانت الاجفان مريضة ابتدأ بازالتها
وربط الشرايين الجفنية والافليشق ارتفاقها الوحشي لزيادة فتحة العين الناتجة استئصال العين

من تبعيد الجفنين عن بعضهما ثم ينكس الجفن الاسفل ويذهب بمشرط مستقيم
من الزاوية الصغيرة للعين الى الزاوية الكبيرة على طول الدائرة الفكية للحجاج
فيشق الملتحم ووتر العضلة الصغيرة المنحرفة من محل اندغامها فى العظام ويفعل
هكذا بشق ثان فى الملتحم ووتر العضلة الكبيرة المنحرفة فيقطعان من الاعلى
من قرب الزاوية الكبيرة للعين الى الصغيرة فتنفصل المقلة انفصالا حلقيا ثم تمسك
المقلة بكلاب مزدوج مائل الى احد جانبى الحجاج ويدخل فى الجدران المقابلة
مقص منحن على سطحه غير حاد السن ويفتح عند الحزمة المتكونة فى الخلف
من العضلات العينية والعصب البصرى والشريان والوريد العينيين ليقطعها
فيكمل بذلك استئصال قطع المقلة ثم بعد ذلك تستأصل الغدة الدمعية وينظف
التجويف الحجاجى من الاجزاء المريضة والنزيف الحاصل من هذه العملية يزول
غالبا بوضع كرة من نسالة او بربط الشرايين وبعد انتهاء العملية يملأ الحجاج
نسالة رخوة وتقرب الاجفان ويضم شق الزاوية الوحشية ويثبت ذلك ايضا
بالعصائب اللزجية وفى الطوارق التى ازيلت فيها الاجفان يغطى الجرح
بوسايد من نسالة ثم تتم معالجة الجرح بوضع رفائد مستطيلة متجهة بانحراف
من القوس الزوجى الى نحو الجبهة وربطها بالرباط الاعور ولا يزال هذا الجهاز
الابعد اربعة ايام او خمسة ومثله كل جهاز يأتى بعده لكن على الجراح عند تغييره
على الجرح الفحص عن حالته لاجل ان يزيل بالكى او القطع التولدات الفطرية
الرديئة الصفات القابلة للنمو والالتحام عقب هذه العملية اذا كان بطيأ
من ذاته قد لا ينجح اذا قصد وضع عين صناعية للمريض واجتهد فى ابقاء محل
لها بواسطة وضع كرة من نسالة او جسم آخر فى الحجاج وضعا مستمرا فالتضايق
فى هذا التجويف الآخذ دائما فى الزيادة يظهر انه عايق لا يمنع من وضع المقلة
الصناعية وينبغى ان يؤمر للمريض بالتدبير اللايق المناسب للامراض الحادة
وكلما ظهرت الاعراض الالتهابية يتيقظ باتباعها ومقاومتها بالوسايط المناسبة
كالتى ذكرناها آنفا والصناعة قد تملكت من زمن طويل الوسائط اللائقة بحسب
الامكان لاصلاح التشوه الناشئ من فقد العين لكن المتأخرين ابدلوا الالات الغير

وضع المقلة الصناعية

الكاملة للمتقدمين بالمينة التي هي جوهر صلب خفيف قابل لاكتساب النضارة والملاسة الجيدين. ولمشابهته شكل اجزاء المقلة ولونها فكل من تحدب القرنية وبياض الصلبة وتفرع الاوعية في الملتحم وتشعشع ثنيات القزحية والوانها المختلفة والسواد الحلي في الحدقة يوجد باتقان في المقلة المصنوعة من المينة بحيث ان البصر لا يفرق الحادث منها وبين العين الحقيقية وتكون هذه الاعين المصنوعة محدبة من الامام من احد جانبيها الى الآخر ومقعرة من الخلف لير تكز في هذا التقعير الجزء الباقي من المقلة او الاجزاء الباقية في الحجاج وينبغي ان يكون حجم هذا الجزء الباقي من المقلة ثلث الحجم الطبيعي لها وينبغي ان يزال من الحجاج جميع الالتهابات بالكلية لاجل ان تثبت المقلة الصناعية باتقان وينبغي ان يكون جميع الاجزاء ملتحمة وقليلة الاحساس وحينئذ فتتخذ المينة وتكون اول الامر اصغر من التي ستأتي بعدها وتبل بماء وتمسك من طرف قطرها العظيم وتدخل تحت الجفن العلوي بعد رفعه قليلا ثم يرخى عليها ويُنكس الجفن السفلي وتدخل خلفه ايضا ومما يسهل ذلك السيال المبلولة به وينبغي في الايام الاول ان لا تمكث المقلة الصناعية في محلها الا بعض ساعات ولكن كلما اعتادت الاجزاء على ملامستها يزاد في مدة مكثها وفي حجمها حتى يشابه هذا الحجم حجم العين الاصلية فاذا اريد اخراجها نكس اولا الجفن السفلي ثم ينفذ اسفل الحافة السفلى للمينة رأس دبوس فبذلك تتخلص وتخرج وينبغي ان توضع الاعين الصناعية حال خروجها من الحجاج في الماء لتنظف من المادة المخاطية الكائنة عليها للتحفظ نضارة سطحها وان تندى كل مساء بماء مرطب في كاس عيني اذا سخنت الاجزاء الملامسة لها لاجل ان يزول بذلك التهيج واذا التهبت هذه الاجزاء تترك لتستريح بعض ايام ومتى اخذت العين الصناعية في الانبرا وخشنت ينبغي تغييرها حالا ويندر استمرارها صحيحة اكثر من ستة اشهر

الفصل الثاني في آفات الاذن وهي ثلاث عشرة آفة

لما كان عضو السمع من بين الاعضاء شريفا لا بد منه لاتقان وجود الانسان وجب على فن الجراحة ان يجتهد على حفظه بكل حيلة اذ لولا ان الله تكرم علينا

بحاسة السمع لما استقام حالنا فانا فى الحقيقة لوعدمنا السمع لما تعلمنا العلوم الالهية والبشرية ولا حصلت بيننا مداولة فى الافكار اذ لولاه لما كنا قادرين بالكلية على اتقان ذهننا الضعيف وعقلنا ولولاه ايضا لكانت حياتنا المتعلقة بجميع ما يحيط بنا غيرمأمونة فى كل برهة من الزمن لاننا بالبصر قد نتنبه للمرئيات التى تتعرض امامنا ونتجنب مماسة ما كان منها موذيا ولسنا قادرين به على ابصار المرئيات من كل جانب وايضا ظلام الليل يمنع وظيفة العينين فاحتجنا لحاسة السمع لنحفظ بها مع البعد لان حاجتنا ليست قاصرة على ان نتنبه لما يتحرك حوالينا فقط بل على ان نتنبه ايضا للغط البعيد عنا فالمنفعة العظيمة التى تنالها من الاذن وزيادة الاهتمام بها حال الصحة يلزمان الجراحة ان تعرفها بجميع اسعافاتها وقت اصابتها بالامراض وامراض هذا العضو قد استمرت زمنا طويلا معروفة معرفة قليلة بل ربما كانت مجهولة فان القدماء كانوا يجهلون بنية هذا العضو الذى جهازه لطيف دقيق وتركيبه مضاعف كثير ولنتكلم على آفاته مميزين لها بالعدد وهى ثلاث عشرة آفة فنقول

الاولى جروح صيوان الاذن

اذا كانت جروح صيوان الاذن بسيطة فلا تستدعى معالجة مخصوصة بل الدلالة الفريدة هى ضم الجرح حالا وجمع حوافيه لبعضها بعصابيب لزجة مع معاونة فعلها بالوسائد المعمولة من النسالة وبالرفائد الرقيقة وبلفافة حافظة لذلك وينبغى استعمال بعض غرز من الخياطة اذا كان الجرح متسعا جدا غيرمتساوى الحوافى

الثانية قطع الاذن

قد يتفق ان الالة القاطعة تزيل صيوان الاذن كله وهذا لا يتسبب عنه لحياة المريض خطر البتة ولا ينشأ عنه ايضا فقد السمع بل يضعف مدة ثم يعود لحالته الاصلية فاذا لم ينفصل انفصالا تاما فاليجتهد فى ضمه ولو كان الجزء المعلق له صغيرا ومما يثبت لنا انه لا ينبغى اليأس من الشفاء حينئذ جملة التحامات حصلت فى مثل

حفظ صيوان الاذن

هذه الجروح واذا انفصل بالكلية فلا فائدة فى رده الى محله ولا فى الاجتهاد على قهره تحت سلطنة الاعصاب والقلب * ثم وضع اللفافة على الاذن يستدعى بعض مراعاة مخصوصة فلابد للجراح من ان يبحث عن القناة السمعية هل تحتوى على بعض اجسام غريبة اولا فاذا تحقق سلامتها من ذلك سد فوهتها بكرة من نسالة اوقطن ومن حيث ان دائرة صيوان الاذن منفصلة عن الفود اى شعر الرأس مما يلى الاذن وكان المهم حفظ انضمام حافات الجرح انضماما متقنا اومنع ضغط الاذن ضغطا شديدا غير مستو فليوضع بين الصيوان وجانب الرأس رفايد رقيقة اووسايد من نسالة ويوضع ايضا على الجهة المقدمة للاذن بعض وسايد من نسالة وقاية لها اذا اريد ان يلف عليها اللفافة فقد شوهد حصول الغنغرينا فيها بسبب الضغط الشديد المستمر زمنا طويلا ولا تكون الغنغرينا فى الجلد فقط بل تمتد الى الغضاريف

الثالثة التهاب صيوان الاذن

التهاب صيوان الاذن نادر لان قابلية التهيج فى الاجزاء التى تركب منها ضعيفة وطبيعة هذا الالتهاب كطبيعة الحمرة ومعالجته كمعالجة التهاب المنسوج الجلدى

الرابعة عدم انثقاب القناة السمعية الظاهرة

بغشاء غير طبيعى

قد يولد الجنين وقناته السمعية غير مثقوبة فاذا كانت فوهة هذه القناة مسدودة بغشاء غير طبيعى وجب شقه بالمشرط شقا متصالبا وازالة اهداب الشق وحفظ الجرح مفتوحا بواسطة وضع فتيل من نسالة بين حوافيه وقد يكون الغشاء السادّ الذى نحن بصدده غائرا فينبغى حينئذ ان يكون فتحه بواسطة مشرط حاد يلف على نصله قرب سنه خرقة او بواسطة نيتران الفضة المتكرر وضعه حتى تتم به فتحة واسعة اتساعا كافيا وان كان انسدادها بانطباق الجدران على بعضها

اوبانطباق الجدران

كما قد يتفق ان الايتراجوس والانتيتراجوس والانتيلكس تقرب لبعضها جدا فى بعض الاشخاص فتسد فوهة القناة السمعية الظاهرة فقد يضطر لقطع ارتفاعات

هذه الاجزاء ان لم يمكن حفظها متباعدة ووضع الاجسام الممددة فى الاذن قد
يكفى فى انتفاخ الاجزاء الرخوة للقناة السمعية وتقاربها لبعضها فينبغى ان
يستعمل معه التهييل الملين والوضعيات المرخية والفصد الموضعى وذلك لاجل
مداواة التهيج المزمن الذى يسبب هذا الداء فى الكهول غالبا والانبوبة التى من
الفضة اومن الذهب الرقيقة الجدران المتسعة من طرفها الظاهر قد كفت مرات
كثيرة لازالة الصمم او لاصلاح ضعف السمع الصادر من الداء الذى نحن بصدده *
وان كان هذا الداء صادرا من انضمام الجدران العظمية للقناة السمعية بعض
انضمام او انضماما كاملا فلا يرجى شفاؤه

او بعدم وجود القناة

الخامسة وجود الاجسام الغريبة الداخلة فى الاذن والمتولدة فيها

قد يتراكم الصملاخ فى القناة السمعية الظاهرة ويدبس فيها فيصير جامدا صلبا
يمنع نفوذ الاصوات ويسبب صمما تاما او غير تام وينبغى فى هذه الحالة ان تعرض
الاذن لضوء شديد ويجذب صيوانها الى اعلى لتستقيم قناتها وتعتدل ويتأكد
وجود المادة الغريبة فتلين بالزيت او بماء الصابون الفاتر ثم تخرج بعد ذلك
بالهلال * وان كان الداخل فى الاذن دابة من الهوام او غيرها اخرجت بملقاط
او اجتهد فى تعلقها بفتيلة من قطن او من صوف تدخل فى القناة او فى تلزجها
بالترمنتينا او اهلكت بواسطة صب الزيت او الزيبق مع بقائه مدة فى القناة
المتهيجة مدة وان كان الداخل فيها من الاجسام الغير المتحركة استؤصلت
بالملقاط اذا كانت صغيرة او طويلة غير مستوية فان كانت مستديرة صلبة فلا
تخرج بالملقاط لانه يدفعها زيادة الى الباطن بل تستخرج بواسطة ملعقة صغيرة
تنفذ بين الجدار السفلى للقناة والجسم الغريب حتى تصل خلفه ثم يجذب بها الى
الخارج فتكون بمنزلة رافعة من النوع الاول وينبغى التحرز من كسر هذه
الاجسام اذا كانت هشة فاذا كسرت ينبغى الاجتهاد فى استئصال جميع
القطع لاجل منع الالتهاب الذى ينشأ عنها * ووجود الاجسام الغريبة مما
يسبب غالبا عوارض ثقيلة فلذلك ينبغى بدون اهمال المبادرة باخراجها سيما

دخول الهوام فى القناة السمعية

اذا كانت من حب البسلا او حبوب اخرى نباتية لانها بواسطة الحرارة والرطوبة تنتفش وادخال الزيت في الاذن يسهل خروجها واذا لم تنجح بقية الوسائط التى لاستئصال تلك الاجسام فلا ينبغي اهمال شق جدران القناة وبعد استئصالها سيما اذا كان الشق متعبا يستعمل الفصد الموضعي وحقن الاذن بملين لاجل منع حدوث الالتهاب اودفعه اذا حصل

السادسة بوليبوس الاذن

بوليبوس الاذن قد يكون صغيرا كما هو الغالب يشبه التآليل ويكون قرب صيوان الاذن فيسهل مسكه من عنقه واستئصاله بجذبه بعد فتله بجفت رقيق باطن طرفيه خشن ليتشبث به تشبثا جيدا والاجود في بعض الطوارق قطعه بشرط لاسن له او ربطه بخيط يحيط به بواسطة حاملة عقدة ديسول او بكيفية اخرى وينبغي بعد سقوطه ان يكوى محله بنيترات الفضة الذائب لاجل اضمحلال مابقي من جدوره

السابعة الالتهاب المزمن لجدران هذه القناة

ينبغي ان يعالج الالتهاب المزمن لغشاء القناة السمعية بمعالجة بقية الالتهابات ومما يسبب الما شديدا مع سيلان صديد وا كلان دائم في قرار الاذن ادخال الاجسام الغريبة في القناة السمعية بعنف اومرات كثيرة ومما يكفي لازالة هذا التشوش الحقن بماء الخطمية والاجتهاد في تنظيف الاذن باجسام غليظة الحجم بحيث لاتصل لقرار الاذن

الثامنة خراجات التتو الحلمى

خلايا التتو الحلمى قابلة لان يعتريها التهاب اعراضه الم شديد غائر في القسم المشغول بالالتهاب وانه لو استعمل الفصد الموضعي والوضعيات الملينة لتكون في هذا التجويف خراج الصديد الحاصل فيه اماان يتخذله من الاذن سبيلا الى الخارج اويذيب العظمة ويرفع الجلد ويكون خراجا ظاهريا اوينفذ في الجمجمة وعلى كل

فاعراض المرض السابقة لاتترك شكا ولا جهلا فى نوع هذا المرض ومجلسه والوسائط الرئيسة الواجب استعمالها لمقاومة هذا الداء هى فتح الخراج سريعا فتحة واسعة عند ظهوره فى القسم الحلمى وشق جلدة هذا القسم او ثقب الصفيحة العظمية الظاهرة متى تحقق وجود الخراج لاجل ان تكون هناك فتحة مقابلة للاصلية كافية لخروج السيال اذا كانت المادة سائلة من القناة السمعية فاذا اصيبت العظمة بالنكروزس انتظر نتيجة تفلسها وعند ما تلين لينا غائرا وتتسوس ينبغى استعمال النحاتة او المبرد والجواهر الكاوية والكى بالنار لاجل اضمحلال الاجزاء الفاسدة ثم ان الازرار الخلوية الوعائية تنشأ وترتفع من قرار الجرح وتصير اساسا لالتحام متين ثابت

التاسعة تمزق غشاء الطبلة

تمزق غشاء الطبلة تمزقا عارضا مما يثقبه او يذيبه والذى يزيله وجود الاجسام الغريبة واللغط القوى الشديد وانفصال يد المطرقة وتراكم الصملاخ فى القناة السمعية والعلامة الاكيدة لهذه الافة التى لاتقبل الشفاء هى نفوذ الهواء من القناة السمعية حال الزفير مع طبق الفم

العاشرة التهاب الجهاز السمعى الباطن

الاجزاء اللطيفة المتعاونة مع بعضها على تكوين الجهاز السمعى الباطن المحدودة من الخارج بغشاء الطبلة مهيئة لان تكون محلا لالتهاب كثير الشدة او قليله و يصحب حدوث هذا التهيج الم شديد دائم فى قرار القسم الاذنى ومتى تكون الصديد فى داخل الاذن وصل الى الحلق من بوق اوستاكيوا والى الخارج من غشاء الطبلة او نفذ فى الجمجمة من فتحات تحصل بسبب تسوس فى الصخرة او فى الخلايا الحلمية وقد ينفذ الصديد فى هذه المحال الثلاثة فى آن واحد وكثيرا ما يكون نتيجة التسوس ايضا خروج العظمات وفساد البنية الالية للجهاز السمعى وكذا الموت ايضا والذى ينبغى استعماله بهمة عظيمة لمقاومة الالتهاب المذكور هو مضادات الالتهاب والفصد الموضعى والتهاييل والحقن الملين والمصرفات

وبقية

وبقية الوسائط المخصوصة بمقاومة الالتهاب وتحويله والطرش فى اكثر الاحوال يكون نتيجة لهذا الالتهاب *

الحادية عشر انسداد بوق اوستاكيو وصندوق الطبلة

بوق اوستاكيو من حيث انه مغشى كبقية القنوات بغشاء مخاطى قد ينسد بسبب اتصال الالتهاب المتكرر فى الفم منه الى جدران ذلك البوق فتغلظ تلك الجدران وتفرز مادة مخاطية ولا يمكنها فيما بعد الخلوص منها وقد يصير نفس صندوق الطبلة محلا لهذا الاحتقان المخاطى ومتى لم يمكن نفوذ الهواء لصندوق الطبلة حصل الصمم كما يشاهد ذلك فى من ولد اصم * ومعالجة انسداد بوق اوستاكيو تكون بحقنه اما من الفم او من الخياشيم وهو المختار فى عصرنا هذا والالات التى استعملها المعلم ايتارلذلك هى اولا الجبهية المعدنية وهى نصف دائرة من نحاس رقيق جدا لاجل ان تنبسط وتنقبض على حسب المطلوب تحيط بالجهة المقدمة من الرأس ممتدة من احد الصدغين الى الاخر ويوجد فى كل من طرفيها اشسع مخيط فيه يتكون منهما مع نصف الدائرة دائرة تامة وبزمان بابزيم زمامتينشا خلف الرأس وينحدر حذاء الانف من الجهة الوسطى لنصف الدائرة جفت ذو زمام يصل امام الخيشوم لاجل ان يقبض على طرف الانبوبة وثانيا انبوبة من فضة طولها من اربعة قراريط الى ستة منحنية من طرفها الدقيق وموشحة من الطرف الاخر بحلقتين وقطرها من خطين الى ثلاثة وثالثا صامود من صمغ لدن اطول من الانبوبة سهل المرور فى جوفها ورابعا محقنة صغيرة تسع قدر نصف كوب وماسورتها تدخل باستحكام فى فتحة الانبوبة * وكيفية العملية ان يوضع المريض مثبتا رأسه كما فى عمليات الوجه وتوضع الجبهية بحسب ما يجب وتقاس اولا بالجس المسافة الفاصلة بين الغلصمة ونوانى الفك الاعلى وهذه المسافة التى ينبغى تحديدها باجتهاد تكون قدر المسافة الكائنة بين البوق والفتحة الظاهرة للحفر الانفية ثم تدهن الانبوبة بمرهم وتدخل فى الخيشوم وتقعيرها يلى الجهة السفلى من الحفر الانفية وعند وصوله الى المحل المعلم بالطريقة

المعالجة بالحقن

كيفية العملية

المذكورة آنفا برفع الجراح منقارها برفق جاذباله الى الخارج فيستشعر بدخوله
فى التجويف القابل له فلا يمكنه الذهاب الى الامام ولا الى الخلف والحس الذى
يستشعر به المريض يذهب الى قرار الاذن فيحس به هناك ثم يثبت حينئذ صيوان
الانبوبة فى جفت الجبهية ليمنع الاضطراب والزيغ ثم يدخل باستحكام فى فوهة
الانبوبة طرف ماسورة المحقنة الصغيرة ويحقن فيرجع ما حقن به من الخياشيم
والفم ومتى وصل السيال الذى يدفع اولا برفق وبعده بقوة الى البوق ولو قليلا سبب
احساسا مؤلما ونتيجة انتشاره فى صندوق الطبلة يكون غالبا صداع ودوار وحى
ومتى انثقب غشاء الطبلة سال السائل المحقون به الى الخارج بعد مروره فى القناة
السمعية * واما بادخال المرود وذلك فيما اذا لم ينفذ فى الاذن شئ فينبغى الاجتهاد فى
تسليك البوق وازالة انسداده بواسطة ادخال مرود من صمغ لدن فى الانبوبة والمعلم
ايتار استحسن ان تبقى هذه الآلة فى بوق اوستاكيو بقاء مستمرا كما يفعل فى مجرى
البول ثم يستعمل الحقن بالماء الفاتر او من السائلات المركبة ايضا او من مواد غازية
اى هوائية * ومعالجة انسداد الطبلة يكون بثقب غشائها ومع كون ذلك هو
الحيلة المفيدة لا ينبغى عمله الا فى الطوارق التى لم تنجح فيها بقية الوسائط الواصلة من
جهة البوق ثم ان الحقن من الخياشيم قد يترك العضو سليما واما ثقب غشاء الطبلة
فقد يكون آفة زائدة على الآفة الحاصلة وبالجملة فهذه العملية سهلة جدا
والمعلم ايتار قد اخترع آلة معدنية لاسن لها تمسك باليد اليمنى وبعد استنارة القناة
السمعية بشعاع شمسي وتعديلها تعديلا جيدا يذهب بالآلة نحو اسفل الجهة
المقدمة لغشاء الطبلة ويثقب هذا الغشاء بتلك الآلة بحركة خفيفة فحينئذ يسمع
صوت يشبه الصوت الصادر من ثقب رق الغزال بخوابرة وبذلك تتم العملية اذا لم
يكن المقصود منها الا تنفيذ الهواء فى التجويف السمعى * واما اذا كان صندوق
الطبلة محتقنا فينبغى حقنه من الجرح واجود السائلات الماء الفاتر فيدفع
اولا برفق واحتراس ثم بقوة وتكرر العملية فى النهار مرتين او ثلاثا وتفرغ الحقنة
فى كل مرة من ست مرات الى اثنتى عشرة مرة فاذا توافقت هذه الحركات العنيفة
الحاصلة من الظاهر الى الباطن مع الحركات الحاصلة بالعكس فى البوق ينـدر

واما بالمراود

معالجة انسداد الطبلة بثقب الغشاء

او بحقن صندوق الطبلة

عدم حصول زوال انسداد هذه الحال واما الحقن القهري اى الذى يتم بحقنة ماسورتها منحنية بكتان يملا القناة السمعية فيمنع رجوع السيال المندفع بقوة فاقول الذى يظهر لى انه قد يكون مضرا واعلم ان نجاح هذه العمليات مشكوك فيه جدا لانها تسبب تهيجات شديدة فى الاذن فهى وان حصل منها انفتاح بين الحلق والقناة السمعية قد لا يزول بها الطرش او لا يعود السماع كله

الثانية عشر الصمم

كون الصمم مرضا اصليا اقل من كونه نتيجة الامراض المختلفة فى الجهاز السمعى وقد ذكرنا الاوضح من هذه الامراض التى مجلسها تجويف التيه او اللب العصبى وان اجتهادات الصناعة عاجزة فى الغالب عن شفائه

الثالثة عشر آفات مختلفة فى حس السمع

منها هيجان السمع

حساسة العصب السمعى قد تثور وقد تهبط وقد تفقد) اما ثورانها ويسمى زيادة الحس السمعى فالغالب ان يكون عرضا لمرض آخر كالنزلة فى الاذن او السرسام او الصداع الشديد او غير ذلك وقد يصدر من الاعتياد على الصمت فالمرضى الذين رجع لهم السمع بواسطة ثقب غشاء الطبلة قد يسمعون ادنى لفظ * ويقاوم ثوران الحس

معالجته

السمعى فى الغالب بمضادات التشنج واذا صدر هذا الثوران من الاعتياد على الصمت كان تعرض المريض دفعة للغط الشديد مضرا بل ينبغى ان يعودوا اولا على الاصوات الضعيفة المنخفضة ثم على الاقوى منها تدريجا * واما هبوطها ويسمى

ومنها ضعفه او فقده

بضعف الحس السمعى وفقدها بالكلية فيحصلان اما من ضعف مبدأ الحساسة او من تقدم السن او من ارتجاج العضو ارتجاجا شديدا او من انتقال الطمث او احتباسه او من الداء الافرنجى او من عدم وجود الاعصاب السمعية او عدم تغذيتها او من انضغاطها او من آفة فى الجزء المنشئ لها من المخ والاشخاص العائشون فى وسط اللغط الشديد قد يصيرون سريعا صما كالطوبجية فانها قد تفقد فيهم قوة السمع من طلق المدافع والبرق والصواعق قد يسببان فى بعض الاشخاص العمى والصمم وجفاف التيه المسبب للصمم سببه جفاف العصب

معالجته

السمعي ايضا وهو سبب كثير الحصول للصمم الشيخوخي * ومعالجة هذه الطوارق قد تعجز عنها الصناعة فاذا حصل الصمم من غيبوبة اندفاعات جلدية وجب ردها الى مجلسها الاول والمياه المعدنية الكبريتية قد حصل منها انجاح في ذلك واذا حصل من امتلاء دموي او تسبب من احتباس سيلان طمثي او بواسيري او صدو من رفاهية المعيشة او نشأ من الافراط في المأكل والمشارب وجب ان تراعى تلك الاسباب وتقاوم بالوسائط المناسبة وينبغي الالتجاء للزيبق اذا ظن وجود الداء الافرنجي واذا كان هذا الصمم عرض داء في المراق ينبغي مقاومة هذا الداء ايضا * واما فساد حس السمع وكذبه فهو ان يدرك اصواتا كانها آتية

ومنها فساده وكذبه

من الاجسام البادية والحال انها صادرة من تشوش العضو المنوط بنقلها الى النفس فلذا قد يسمع قراقر او ضربات غير متوالية ويسمع ايضا اصوات حادة تشبه صوت الناقوس وتسمى بالطنين ويسمع ايضا لغط حاد دائم عند تكلم الغير وخرير متكرر وكثيرا يشبه خرير نهر او صوت عجلة او ناعورة او قرقعة صاعقة وقد يتفق ان اذنا تسمع الصوت على حقيقته والثانية تسمعه بالخلاف فعند ذلك يسمع صوتان مختلفان مع انه كان من اللازم سماع صوت واحد بلحن واحد واحيانا قد يسمع الكلام من الاذن اليسرى مع ان المتكلم جهة اليمين وبالعكس وقد لا تسمع الاصوات الصغيرة المعتدلة الا اذا كانت مقرونة بلغط شديد فان المرأة التي كان يكلمها فيلس كان لا يمكنها مخاطبته الا بضرب الطنبور جهة اذنها او كان هناك ايضا رجل لا يمكنه فهم كلام مخاطبه الا حال ضرب النواقيس في منارة قريبة لمسكنه * والاسباب المحدثة لاحساسات السمع الكاذبة كثيرة وهي

الاسباب

النوازل اى التهيجات التي تحصل في الاذن الواحدة او فيهما معا وانسداد البوق او نفوذ الهواء في هذه القناة حال اصابتها بتغير اخر وتجمع مصل او صديد او مادة اخرى سيالة في الاذن الباطنة والاجسام الغريبة سيما الهوام الداخلة في القناة السمعية الظاهرة وتأثير البرد والامراض الحادة والحميات الشديدة وشدة الهذيان او نزيف ما والصداع واحتباس البواسير او الطمث والامتلاء المفرط في القناة الهضمية وبعض تهيجات عصبية كالجنون والايستيريا وغيرهما وخروج

بعض

المعالجة

بعض وظائف للاعصاب المتوزعة فى العضو السمعى عن المجرى الطبيعى وهذه كلها غير معروفة معرفة جيدة * ثم ان المعالجة قد تختلف باختلاف الاسباب فاذا كان هذا الداء عرض نزلة شق غالبا بشفائها واذا صدر عن حالة ضعف التجيء حينئذ الى المقويات اومن امتلاء دموى استعملت مضاداتها كالفصد والاستفراغات والجواذب الحمية والنباتية وغير ذلك واسباب هذا الداء وما يخصه من العلم النظرى خفيان جدا او غير معروفين معرفة جيدة كما فى غيره من الداآت فمن ذلك يقال ان من كان نظره فيه على سبيل الحدس والتخمين المعقول كانت معالجته له جيدة ومتى تكلم فيه على سبيل اليقين والجزم كان بذلك غاشا المطالعة فى تصديقهم له فتكون معالجته له غير جيدة

ومنها الصمم الخلقى او الحادث فى سن الطفولية

* والصمم الخلقى او الحاصل فى سن الطفولية مصحوب دائما بالخرس الذى هو نتيجة لازمة له واسباب الخلقى لا تختلف عن اسباب الصمم الحادث فى سن الشبوبية لكن اولهما يصدر فى الغالب من شلل خلقى او مكتسب ويحصل غالبا عقب تشنجات الطفولية ورتب الاشخاص الصم الخرس خمس فاصحاب الرتبة الاولى يسمعون الالفاظ اذا نطق بها ببطئ وصوت مرتفع واصحاب الرتبة الثانية يسمعون سمعا غير تام حتى وان كان الكلام بصوت عال واصحاب الرتبة الثالثة يسمعون الصوت ولا يميزون الالفاظ من بعضها واصحاب الرتبة الرابعة لا يسمعون نطق المتكلم ولا يميزون كلامه وانما يسمعون الاصوات الشديدة جدا كصوت الصاعقة وطلق الاسلحة النارية واصحاب الرتبة الخامسة يكون صممهم تاما وعدد اصحاب هذه الرتبة تبلغ نحو نصف الاشخاص الصم الخرس من بقية الرتب وابيوقراط وارسطاطاليس وبقية القدماء من المؤلفين كانوا يجهلون كون خرس الاشخاص الصم الخرس صادرا من صممهم واول من كشف ذلك راهب اسبانيولى والمصابون بهذا الداء موجودون بكثرة ولا يختلفون عن بقية البشر ظاهرا وانما هم عادمون لمعارف الديانة والشرايع وارتباط الشعوب والقبايل ببعضها وما يجب لها وعليها وارتباط الالفة واجتماع الناس ببعضهم وبالاختصار هم عادمون لجميع التصورات الغريزية * ومعالجة الصمم الخلقى

المعالجة

والحاصل فى سن الطفولية لا تختلف عن معالجة الصمم الحادث فى سن الشبوبية غير ان ذا اكثر استعصاء من الحادث فى سن الشبوبية على الوسائط الشفائية المستعملة فيه لانه لا يعرف الا بعد قدمه ولانه يندر ايضا معرفة السبب المنشئ له وهو غير قابل للشفاء اذا حصل من آفة مخية او من تشنج او من ضربة على الرأس اوكان موروثا ويقبل الشفاء اذا كان غير تام او حصل بعد الولادة فيستعمل له على حسب الاحوال مضادات الالتهاب وحقن بوق اوستاكيو والمسهلات والمنفطات خلف الاذن والمقصى على القسم الحلى وكثيرا ما لا يقبل هذا الداء الشفاء ولو استعملت فيه جميع هذه الاشياء * ومعالجته حينئذ انما تكون

تربية الصم الخرس

بالطريقة التى تسمى بتربية الصم الخرس ولم تعرف الا منذ مأتين واربعين سنة ومبدعها راهب اسبانيولى يسمى ضون بدرو بونس وطريقته فى ذلك قد اتقنت فيما بعد وبموجبها يعلم بالاشارة والكتابة حرام هؤلاء الاشخاص ولولا ذلك لما قدروا على تبليغ افكارهم واكتساب افكار غيرهم وكانوا يبقون على حالة تشبه حالة الحيوانات وقد شوهد بواسطة هذه التربية ارتقاء فهم بعضهم الى درجة عظيمة من الاتقان فلذلك يوجد فى المدن الرئيسة فى بلاد الاوربا مدارس معدة لتربية هؤلاء الاشخاص) واما اصلاح بقية انواع الصمم بقدر الامكان فقد اخترع له

استعمال القرن السمعى

الاطباء جملة آلات منوطة بجمع امواج كثيرة صوتية فى الصماخ السمعى ليزيد بذلك الصوت وهذه الالات تسمى بالقرون السمعية واشكالها مختلفة فانسبها واكثرها استعمالا ما كان شكله على شكل قرن منحنى طوله من سبعة قراريط الى ثمانية احد طرفيه منفرش وقطره نحو قيراطين وطرفه الثانى ضيق مبروم لاجل ان يدخل باستحكام فى الصماخ الاذنى الظاهر وهذه القرون مصنوعة من التنك او من النحاس او من الفضة او من الذهب ويوضع الطرف الرفيع فى الاذن المراد السماع بها والطرف الثانى يكون جهة المتكلم

الفصل الثالث فى آفات الانف والحفر الانفية

عناية فن الجراحة بآفات الانف من دوجة لانه يبحث عنه فى ذلك الفن اولا بالنظر

للتشوه الذى يمكن حصوله منها فى هيئة السحنة وثانيا بالنظر الى تشوش وظائفه المهمة وآفات الانف مع الحفر الانفية اربع عشرة آفة

الاولى الجروح

الجروح الحاصلة فى الانف من الالات الواخزة لا تستدعى معالجة مخصوصة واما انواع تفرق الاتصال التى هو معرض لها فينبغى فيها مهما كانت سعة التفرق ان يضم سريعا وتحفظ ملامسة حوافيه لبعضها بواسطة اللزق اللزجة واحيانا بالخياطة فلو انفصل الانف وبقى معلقا بجزء صغير من قاعدته وجب رفعه ووضعه وضعا محكما على حالته الطبيعية وتثبيته على هذه الحالة بغرز من الخياطة المعية تجعل فى رأس الهدب اما لو انفصل من اسفل الى اعلى فانه لا يبقى معلقا بالوجه الا من جلد جزئه العلوى فينبغى وضع جناحيه على هيئتهما الاصلية بواسطة غرز خياطة وقد حصل الشفاء كثيرا مع كون الانف لم يتعلق الا باجزاء صغيرة من جلدة رقيقة جدا واما ما قيل فى المشاهدات من رد الانف الى محله بعد انفصاله كله بمدة فهو من المشاهدات التى يجوز الشك فى صحتها ومع ذلك فلو طرأ هذا العارض فلا بأس بتجربة ذلك بوضع الانف ثانيا والاجتهاد فى اتقانه بقدر الامكان وينتظر ما ينتج من ذلك فان لم يلتحم وبقى باردا مصفرا وصار ازرق وجبت ازالته بعد ثلاثة ايام ثم يعالج الجرح كمعالجة تفرق الاتصال المصحوب بزوال جوهر

الثانية كسر عظام الانف

اذا حصل كسر فى عظام الانف مع غور بعض شظايا منها اجتهد فى ردها الى محلها بواسطة ادخال جفت مطبوق فى الحفر الانفية له حلقتان ويكون بمنزلة آلة رافعة كالعتلة تدفع بها تلك الشظايا الى الامام مع كون سبابة اليسرى من الظاهر تمنع بروزها الى الامام زيادة عن القدر الواجب وبعد ردها لا تقبل الزيغ فى الغالب ومع ذلك فلو حصل اجتهد فى حفظها بعد ردها بواسطة ادخال انبوبة من ريش الكتابة تلف عليها خرقة وتستمر فى الحفر الانفية واما الجروح الظاهرة التى تكون

عارضية فتعالج بعد ذلك بما يناسبها وتحفظ النسالة والرفائد بالعصابة الثانية المزدوجة وهي ان تؤخذ اولا عصابة طولها ذراع ونصف وعرضها اصبع وثانيا عصابتان طول كل منهما نصف الاولى وعرضهما مثلها ويخيط في وسط الاولى طرف كل من الثانيتين على زاوية مستقيمة متباعدين عن بعضهما بستة خطوط اوسبعة ثم يوضع وسط العصابة الاولى المستعرضة على الشفة العليا بحيث تكون العصابتان الثانيتان عاموديتين عليها متجهتين الى الاعلى ثم يمسك الجراح طرفي العصابة الاولى باليدين ويدور بهما على الوجنتين واسفل الاذنين حتى يصلا الى نقرة القفا فيثبتان هناك بعقدة وشنيطة ثم يرفع العصابتين الثانيتين على جانبي الانف وبعد تقل ما في اليمنى لليسرى وبالعكس ليتصالبا على مقدم اصل الانف يأتي بهما بانحراف على مؤخر الرأس حتى يصلا الى خلف الاذنين فيثبتهما هناك في الفافة المستعرضة وجروح الانف كبقية الجروح المجاورة لقاعدة الجمجمة خطرة لكنها ليست في حد ذاتها كذلك بل لسهولة مصاحبتها للعوارض المخية ففي هذه الحالة تدخل في رتبة جروح الرأس المصحوبة بآفات المخ

الثالثة فقد الانف كله

فقد الانف كله آفة نادرة جدا في بلاد الاوربا في هذا العصر وكثيرة في بلاد المشرق وسببها جور بعض الحكام فان قطع الانف في هذه البلاد كثيرا ما يكون قصاصا جاريا في بعض الاحكام وفقد الانف سواء حصل من اسلحة اوقرحة سرطانية توجد له في الصناعة وسائط بها يتدارك ما يحصل في السحنة من التشوه المستنكر فمنها الانف الصناعي وهو انف يصنع من ذهب اوفضة اومقوى اوصمغ لدن يكون مماثلا للانف الطبيعي المفقود في لونه وشكله ويوضع في محله مثبتا باعين زجاجية ذات شعب اوبلولب ينشب في الحفر الانفية اويرتبط بذنب لدن مستقيم مثبت في حلقة تحيط بالرأس وهذه الحالة قد تزيل بعض التشوه وتسهل التلفظ وتمنع جفاف الغشاء المخاطي وتكون حافظة لزيادة دخول الهواء في الحفر

الانف الجلدى على رأى تاليا كوتسى

الانفية بسهولة وتنفع ايضا لحفظ ذكا مماسة الشم ببقاء الهواء الحامل للاجزاء الصغيرة من الرايحة * ومنها الانف الجلدى وقد اخترع عمله من جلد بعض اجزاء من الجسم جملة معلمين فالمعلم تاليا كوتسى جراح طليانى كان يدمى حوافى اثرة الانف ثم يشق جلد الساعد شقا غائرا ثم يضع الاهداب التى شقها على ما ادماه من الحوافى وبعد حصول الالتحام بين الانف والساعد يقطع من جلد الساعد بقدر ما يحتاجه للانف فيتكون انف جديد من هذا الجلد *

وعلى رأى جراف

والمعلم جراف كان يعمل هذا الانف بكيفية مستحسنة فكان بعد ان يأخذ رسم الانف الذى قطع من المريض يقطع من ساعد ذلك المريض هدبا مثلثا قاعدته تلى الاسفل وقمته تلى الاعلى وتنفصل عما دونها من اللحم ثم يرفع الساعد ويثبته على الوجه بحيث تكون رأس الهدب وجانباه موضوعات على الحوافى المدماة من الاثرة الانفية وبعد حصول الالتحام يقطع الهدب من قاعدته وتنتهى العملية بان يعطى للانف المستعار هيئة الانف الاصلى على حسب الامكان وقد تمت هذه العملية كثيرا مع حصول النجاح *

وعلى رأى الهنديين

والهنديون عملوا ذلك على نوع اسهل واسرع مما ذكر فكانوا يطبعون فى صفيحة من شمع صورة الانف الجيد الشكل بالنسبة للمريض ثم يضعون هذا المرسوم على جبهة المريض بمنزلة قالب يقطعون على مقداره قطعة جلد من الجبهة شكلها مثلث فيه بعض انتظام رأسه تكون بين الحاجبين وينبغى ان لا تنفصل ثم بعده تدمى حافات اثرة الانف وينكس الجلد من اعلى الى اسفل ويقلب من جهة رأسه حتى ان سطحه المدمى يلى الحفر الانفية والسطح الثانى يلى الظاهر ويثبت حوالى الحفر بالوسائط المناسبة له ورأس الهدب هى التى تخدم فى تغذيته وبعد ان يتم الالتحام تقطع الزوائد ليصير هذا الانف المستعار متقنا بقدر الامكان

الرابعة ضيق الخياشيم

قد يشاهد عقب اهمال معالجة حرق غائر انسداد فتحتى الانف المقدمة بسبب انضمام حوافيها لبعضها او انضمام الشفة العليا بها فينبغى حينئذ قطع الاربطة

الغير الطبيعية بشرط ان تحفظ الشفة منخفضة بالضغط عليها او وضع مرود من صمغ الذي في الخياشيم او انابيب من ريش الكتابة ليحصل بذلك التحام لا يكون معه تضايق فيما بعد

الخامسة أورام الانف

قد يجمد الجلد والمنسوج الخلوى تحته المغشيين للانف في بعض الاشخاص ويتنفخان ويصيران اسفنجيين ويكتسبان لونا احمر او بنفسجيا وهذا التشوه ينبغي ان يقاوم بتدبير قاس والغالب انه يحصل من الافراط في المشروبات الروحية وقد يكون الانف محلا لاورام لحمية قد تصير ذات حجم كبير فتستطيل الى الصدر وينفع فيها الربط اذا كانت ذا عنيق رفيع والا فينبغي قطعها قطعا حلقيا من قاعدتها بواسطة آلة قاطعة لكن ينبغي ابقاء جزء من الجلد كاف لتغطية الجرح وينبغي ان لا تستعمل الكاويات لان فيها قوة على ان تتسرطن منها هذه الزوائد اللحمية

السادسة ميل الانف الى احد الجانبين

قد يكون ميل الانف الى احد الجانبين خلقيا وهو الغالب وقد يحصل من المداومة على الامتخاط بيد واحدة او من نوم الشخص متكئا على احد جانبي الانف واللفافة المسماة بلفافة الانف المعوج قد تتعب المرضى ولا تعدل الانف وينبغي الاقتصار على امر المريض بالمخط باليد المقابلة للجانب الذى مال الانف اليه او بالنوم على الجانب المقابل للجهة التي اعتاد النوم عليها قبل ذلك

السابعة انفصالات غير طبيعية في الانف

قد يكون الانف محلا لانفصالات غير طبيعية فتارة تكون من جهة احد جناحيه وتارة تكون مفرقة للعظام والغضاريف المتحدة ببعضها من الوسط وتارة تصل الى طول قبوة الحنك وتكون مصاحبة للشفة الارنبية وهذا النوع الاخير يكون دائما خلقيا واما الانواع السابقة فقد تكون عرضية تصدر

من

من الجروح التى اهملت حوافيها حتى التحم كل منها على حدته بدون انضمام والطريقة التى ينبغى للجراح ان يتمسك بها تختلف على حسب هذه الاحوال فاذا كانت فتحة الانف متصلة بفتحة الشفة وجب ان يبتدأ بضم تلك الفتحات فانه كثيرا ما يشاهد بذلك تقارب العظام الفكية لبعضها وانسداد الاستطراق الحاصل من تباعد ما بين الفم والحفر الانفية وينبغى ادماء حوافى الانفصالات البسيطة الكائنة فى ظهر الانف وجوانبه وينبغى ايضا حفظ ملامستها لبعضها بواسطة العصائب الزجية او اللفافة المناسبة لها ومن حيث ان الجلد والاجزاء المكونة للانف قليلة التمدد والحركة فينبغى التحرس من ازالة التيبس تنها بالمشرط ومن توسيع الجرح توسيعا يمنع انضمامها

الثامنة القروح السرطانية فى الانف

لما كان الانف من الاعضاء التى تصاب كثيرا بالقروح السرطانية الاكالة كان المناسب ان تعالج كعالجتها فى بقية اجزاء الجسم بمضادات الالتهاب والفصد الموضعى والمداواة اللطيفة فاذا لم تنجح هذه الوسائط اضطر لافساد اسطحتها بالكى بالنار او بالمرهم الزرنيخى

التاسعة تآليل الانف

تآليل الغشاء المخاطى الانفى تستدعى كغيرها القطع ثم كى اصولها بنيترات الفضة الذائب

العاشرة الاجسام الغريبة الداخلة فى الحفر الانفية

الاجسام الغريبة الداخلة فى فتحات الخياشيم كالبسلة واللوبيا والحبوب المحببة من الورق وفتات الخشب كثيرا ما تسبب الما شديدا فى الرأس وسيلانا من الانف وتقرح الغشاء النخامى وتسوس العظام المغشاة به وحينئذ فينبغى الكشف على الحفر الانفية فى ضوء نير والوقوف على محل الاجسام الغريبة بمسبار واخراجها بجفت او بكلاب لا سن له او بآلة اخرى تشبهه او دفعها الى الحلق

تتحقق بهذا تسهيلا وينبغى عقب جرح الوجه المصحوب بكسر جدران الحفر الانفية الاجتهاد الكلى فى اخراج الاجسام الغريبة مع جميع ما يبقى فى الجيوب المفتوحة بتوسيع انفصال الجلد بالمشرط اذا مست الحاجة اليه وتوسيع العظام ايضا بواسطة السكين ذات الزر

الحادية عشر التهاب الغشاء النخامى

منه الحاد وهو الزكام

الالتهاب الحاد فى الغشاء النخامى يكون قليل الخطر ويكون منه الزكام المسمى عند العامة ببرد الرأس وينشأ من تأثير الاسباب المشتركة بين التهابات الاغشية المخاطية لكن الغالب انه يكون نتيجة تأثير الهواء البارد * ومعالجته فى الغالب تكون بحفظ الغشاء المصاب من تأثير البرد وتوجيه بخار الماء الحار الى الحفر الانفية وباستعمال الاستحمامات القدمية وبغير ذلك * واما الالتهاب المزمن فى الحفر الانفية فيسبب آفات كثيرة الثقل فقد تكون الحفر الانفية فى بعض الاشخاص محل تجمع اعتيادى اعراضه الواصفة حس ارتشاح وامتلاء فى مركز الوجه وعسر تنفس وسيلان سيال مخاطى يكون دائما اشهب مائعا او اصفر لزجا جامدا ذا رائحة رديئة * فان اشتد الالتهاب احدث فى الغشاء الذى هو محل له تأكلات غائرة حرافها حوافى ذات شرافات وهى مغطاة بحبوب فيها ارتفاع ما وحينئذ فاذا مخط المريض خرج من انفه صديد وكثيرا ما تخرج منه قشور ثخينة جامدة منفصلة من اسطحة القروح * والالتهاب المزمن فى جدران الحفر الانفية قد سبب فى بعض الاشخاص قروحا غائرة مصحوبة بتسوس العظام وقد تمحق اجزاء من العظام الاسفنجية الهشية التى لمركز الوجه وحينئذ فقد يتصاعد من المرضى بخر نتانته لا تحتمل ويتغير الصوت وتخرج من الخياشيم مادة رقيقة سنجابية كثيرا ما تكون مختلطة بفتات عظمى واذا وضع المسبار فى التجويف الانفى مس اسطحة معراة خشنة مصابة بالنيكروزس وهذا الالم كثير الحصول فى الحيوانات ويسمى فيها سقاوة او ديبة الخيل * وجميع هذه الداءات تستدعى المعالجة المضادة للالتهاب والمصرفة المستعملتين لمقاومة

المعالجة

ومنه المزمن

وينشأ عنه زوائد فى الغشاء النخامى

قروح فى الحفر الانفية مع تسوس العظام

معالجة هذه الداآت

الالتهابات

الالتهابات الحادة والمزمنة فينبغي اذن وضع العلق على الغشاء المخاطي اوتشريطه ووضع المنفطات على القفا او العضد واستعمال المكمدات الملينة والحقن بمحلول خفيف من كلورور الكلس وبعض مسهلات وغير ذلك واذا كان المرض نتيجة داء افرنجي كما هو كثير وجب استعمال المعالجة العامة لزئبقية والحقن بمحلول السليماني الاكال وينبغي ان تكون هذه المعالجة مصحوبة بتدبير قاس مدة طويلة

الثانية عشر التهاب الجيوب الفكية

جزء الغشاء النخامي المغشي لجوبة ايجمور قد يقبل الالتهاب على حدته وذلك مما يسبب في الخد المامستعصيا وانتفاخا فيه وحمى وغير ذلك وقد ينتهي هذا المرض بنضح مادة مخاطية اوبافراز صديد في الجيب الفكي وحينئذ فيعقب الالم الموضعي ثقل وتوتر في الجهة المصابة والمادة المنفرزة اما ان تتخذ لها مسلكا الى الحفر الانفية من الفتحة الطبيعية للتجويف المشغول بها او تحدث في غشاء هذا التجويف تمجا وتسبب فيه تاكلا وكذا يقال في الصفائح العظمية ثم ان تلك المادة تفتح لها سبيلا اسفل الخد وحيث ان الجرح في الغالب يكون اسفل النتو الفكي ولا يكون في الجزء المائل المنخفض من الجيب يستحيل ذلك الجرح بعد انفتاح الخراج الى ناصور * والدلالة الشفائية في جميع هذه الاحوال واحدة وتحصل تلك الدلالة بشق الجزء المنخفض من جوبة ايجمور شقا واسعا لاجل ان يخرج الصديد بسهولة فيتمكن الغشاء النخامي من العود الى تنيم وظائفه الطبيعية وذلك له طريقتان الاولى شق الغشاء المخاطي الفمي من قعر الحفرة النابية ثم ثقب عظم الفك الاعلى من هذا المحل بمثقاب اوبيازلة معراة عن انبوبتها والثانية استئصال الضرس الثاني الصغير وكثيرا ما يستأصل ضرس اوانسان من المجاورين له لاجل ان تتمكن الالة الثاقبة اذا وضعت في قعر السنخ من ان تفتح فتحة واسعة في تجويف الجيب والفتحة في هذه الطريقة تكون اخفض واميل منها في الطريقة الاولى فينبغي تفضيلها سيما اذا كانت الاضراس متسوسة ولا يحصل للمريض ضرر كثير من استئصالها ومن المعلوم ان المريض في كلتا الطريقتين

معالجة هذه الداآت

يكون جالساً ورأسه مثبت على صدر مساعد وفكاه متباعدان عن بعضهما بقطعة من خشب موضوعة بينهما وينبغي فتح زاوية الفم المحاذية للجانب المريض بواسطة مساعد معه كلاب لاسن له وينبغي ان يشق العظم اولا بثاقبة حادة ثم بثاقبة لاسن لها تحرزا من اصابة بقية جدران الجيب وبعد فتحه فتحا كافيا وخروج الصديد منه يدخل في الجرح فتيل ويحقن الجيب بحقنة ملينة وحينئذ فيشاهد سريعا ان جدران التجويف المريض ردت الى اصلها بعد ان كانت متمددة وينسد الناصور ويتم الشفاء وينبغي الاحتراس من انسداد جرح العظم سريعا ويمكن ان يبقى مفتوحا بواسطة ادخال انبوبة تستمر فيه حتى ينتهي الافراز الصديدي بالكلية

الثالثة عشر بوليبوس الحفر الانفية

الغشاء المخاطي قابل للتكاثف والنمو في بعض اجزاء منسوجه كبقية الاغشية المخاطية بل هو اكثر منها في ذلك تنشأ زوائد تسمى البوليبوس تعوق نفوذ الهواء او تمنعه بالكلية على حسب الحجم الذي يكتسبه ويوجد في جملة محال من الحفر الانفية فيكون قرب الخياشيم او جهة الحلق او على القرينات او على الحاجز واجزاء الغشاء المخاطي الصفيقة اكثر من غيرها اشد استعدادا لانشاء البوليبوس اكثر من الاقل صفاقة والاشخاص المعرضون للزكام اكثر استعدادا للبوليبوس من غيرهم وهذه الاورام تظهر عقب احتباس السائلات وانواع بوليبوس الحفر الانفية ثلاثة حوصلي ولحمي وليفي * فالحوصلي صغير الحجم متكون من منسوج خلوي مرتشح ومتمدد بمصل اصفر وكثيرا ما يكون متجمعا الى بعضه وينشأ غالبا في الجدران الوحشية للحفر الانفية وفي اسطحة القرينات وهذه التولدات قليلة الحس وتنتفخ في الاوقات الرطبة وتضمر في الاوقات اليابسة وقد تكتسب شكل جدران التجويف الحاوي لها حتى لا تتميز عنه * والبوليبوس اللحمي قد يكون اسفنجيا احمر محتقنا بدم ذا عنيق منغرس في معظم الاشخاص قرب الجهة الخلفية للحفر الانفية ويحصل منه دائما الم شديد واذا هيج كان تسرطنه سهلا

البوليبوس الحوصلي

البوليبوس اللحمي

وحجمه

وحجمه قد يعظم جدا فيملا قعر البلعوم ويزاحم اللهاة فيصير الكلام والازدراد عسرين وكذا التنفس ايضا * والبوليبوس الليفي قد يسبب الاعراض المذكورة والالم فيه قليل ومنسوجه يكون ابيض ثخينا منسدمجا ذا صلابة وهذه الاورام كثيرة الحصول عن بقية انواع البوليبوس ويندر ان تكون بسيطة وساقها غالبا يتفرع الى شعب كثيرة وبعد ان تكتسب شكل الاجزاء الحاوية لها تضغطها وتمددها وتحدث لها تاكلا وتتفرع تلك الاورام الى جملة جهات فكثيرا ما تظهر في آن واحد من الخياشيم المقدمة وخلف اللهاة وفي القبوة الحنكية واسفل الحلق وفي الحفر الصدغية والزوجية وفي الحجاج بل واسفل المخ ونسيج هذه الاورام يستحيل بسهولة الى منسوج اسكيروسي اوسرطاني * وقد اوصى لشفاء البوليبوس اولا يقاف تقدمه باستعمال الملطفات والمسهلات والكي وغير ذلك لكن الغالب ان جميع هذه الوسائط غير كافة وانما الحيلة هي العملية الجراحية وتكون على كيفيات مختلفة هي التجفيف والكي والحزام والكشط والربط والاستئصال * اما التجفيف فيحصل بادوية سائلة اوجامدة فالسائلة هي المغليات القابضة وروح العرقي والخل المقطر وماء الشب وكيفية استعمالها ان تغمس فيها وسايد من نسالة وتدخل بالخفت بعد عصرها عصرا مناسبا والجامدة هي مسحوقات قابضة ماخوذة من السرو والعفص وزهر الرمان ولسيليينا اي الابهل والشب وغير ذلك وكيفيتها ان يذر منها على وسائد من نسالة منداة توضع على المحل المريض وتأثير هذا التجفيف ضعيف لانه يوهن البوليبوس ولا يمحقه بالكلية والتهيج الناشئ عنه كثيرا ما يزيد في تقدم الداء وثقله ولذا ترك من زمن طويل * واما الكي فكان يستعمله المتقدمون كثيرا لازالة بوليبوس الحفر الانفية بالنار او الجواهر الكاوية والاولى تكون بادخال المكوات في باطن انبوبة وهذا موئلم جدا ولا يمكن تحديده ويخشى منه حدوث الالتهاب واما الجواهر الكاوية فلا يوجد فيها عيب كبير ويمكن استعمالها في البوليبوس المخاطي الغير الغائر جدا والمستعمل منها كثيرا هو نيترات الفضة الذائب وكلتا هاتين الواسطتين مهجور عند الجل * واما الحزام فكان يستعمله القدماء

البوليبوس الليفي

وسائط المعالجة

التجفيف

الكي

الحزام

ايضا بحبيل ذى عقد كثيرة ثم ترك لكونه غير كاف ولم يستعمل الان الا فتيل حامل لبعض ادوية مقيحة ويسحب جملة مرات فى الخياشيم لاجل ان يمحق الاصول الباقية فى بعض الاشخاص من البوليبوس الذى ربط اولا او استئصل وبعد الحقن الملين مما يسرع فى نجاح هذه المعالجة المعدة لتتميم الشفاء الذى هيأته وسائط اخر * واما كشط زوائد الحفر الانفية فيسبب نزيفا خطرا ولا يناسب الا اذا كانت الزوائد صغيرة تاوليبية ناشئة فى المحال القريبة جدا من الفتحات المقدمة للخياشيم والمقص المنحنى على جانبه يخدم لهذه العملية السهلة ثم بعد ذلك تكوى اصول الورم بسهامات عديدة بنيترات الفضة الذائب وهو وحده الواسطة الممكن استعمالها فى الطوارق التى يكون فيها الاستئصال والربط محالين وذلك فيما اذا كان البوليبوس مالئا للحفر الانفية وبارزا الى الخارج من الفتحات المقدمة الانفية وحينئذ يقطع بالمشرط او المقص جميع ما اتصل اليه هذه الالة ليتمكن بعد ذلك من الربط او الاستئصال * واما الربط فقد اخترعوا له كيفيات كثيرة تذكر بعضها للتعرف فقط وفائدة ذكرها التمرن واتساع الذهن لا العمل بها الان اتباع مثل هذه الكيفيات نادر * فمن الكيفيات المذكورة كيفية المعلم ليفريه واستعمالها يحتاج لانبوبتين من فضة يلتحمان على التوازى ويكون قطر كل واحدة منهما خطين وطوله ستة قراريط او سبعة وينتهيان بطرف مستدير مبروم وفى وحشى طرفيهما الثانى حلقة ملتحمة وحاملة العقدة المنسوبة للمعلم ليفريه تستعمل على هذه الكيفية وهى ان يدخل فى الانبوبتين من الطرف الخالى من الحلقات سلك رفيع من فضة نقية طوله نحو قدم ونصف ملفوف عليه خيط من قنب مشمع لفا لولبيا ويثبت احد طرفى هذا الخيط فى احدى الحلقتين ويجعل منه عروة سعتها تقدر بقدر حجم البوليبوس والجراح يضع المريض وضعا مناسبا ويخفض لسانه بخر ملوق ماسكا له بيده اليسرى ويدخل باليمنى الالة حتى تصل الى اسفل اللهاة من الخلف وهناك يجتهد فى ادخال البوليبوس فى عروة الخيط فمتى حصل ذلك جذب العروة الى ساق الورم ثم يشد الخيط فيختنق البوليبوس ثم يجذب الى نفسه الطرف السائب للرباط ويثبته

الكشط

الربط

كيفية ربط بوليبوس الفم الخلفى

فى الحلقة الثانية ويبرم الانبوبة بين اصبعيه مرارا ثم بعد ذلك يحل طرفى الخيط
ويزيل الانبوبة ويضمهما ويثبتهما فى احدى زاويتى الفم او فى باطن الفم بين اسنانه
ولاجل ان يزيد الشد على الورم شيأ فشيأ ينبغى ان يدخل ثانيا طرفى الرباط فى
الانبوبتين ويثبتهما فيهما ويفعل التى كما فعلها اولا ومع هذا كله فاتمام هذه
الكيفية عسر واحيانا يكون محالا * واما كيفية برازدور فيجهز لها اولا وكيفية برازدور
مجس بللوك وثانيا الانبوبة المزدوجة للمعلم فوربه وثالثا السلك من فضة ملفوف
عليه خيط من قنب كامن وطول هذا السلك مثل ما تقدم ايضا ووسطه
يتكون الى عروة وطرفاه يتكونان الى حلقتين يضع الجراح فيهما خيطا من قنب
طوله ثلاثة قراريط او اربعة ويعقد طرفيه ببعضهما ورابعا خيط من القنب
مشمع يمر فى عروة السلك * وكيفية العملية ان يكون المريض جالسا على كيفية العملية
كرسى قليل الارتفاع ورأسه مائل الى الخلف ومثبت على صدر مساعد والجراح
يقف امامه منتصبا ويدخل من فتحة الخيشوم مجس بللوك الذى يخرج خلف
اللهاة وينعطف منثنيا حتى يصل زره الى اسفل قبوة الحنك فيربط فى زره الخيط
القنب المثبت فى طرفى السلك ويجذب الميل ثم المجس فيجذبان معهما الخيط الى
باطن الانف ويخرجه من الخيشوم ثم يحل الرباط من زر المجس ويستمر جاذباله
حتى يصل طرفا السلك الى الخيشوم وتكون العروة فى الفم وحينئذ فيذهب
باحدى السبابتين الى خلف اللهاة ليضع الورم فى العروة وضعا مناسبا فاذا اراد
ان يحقق جودة هذا الوضع فليجذب الى نفسه طرفى السلك فان لم يجذبا دل على
ان العروة احاطت بالورم فحينئذ يدخلهما فى الانبوبة المزدوجة التى تدفع بقدر
الامكان الى الخيشوم ثم يثبتهما فى حلقتى الالة فاذا اراد ان يضغط على عنيق الورم
لوى السلك ليا مناسبا ليس بالشديد ولا بالرخو وذلك ببرم الانبوبة بين اصبعيه ثم
تبقى هذه الالة فى محلها وتثبت فى طربوش المريض ليتمكن بها من لى الخيط كلما
استرخت العروة من انخفاض ما احاطت به وضموره وقد لا يحتاج لابقاء
الانبوبة فى الانف بل تخرج بعد لى السلك وترد فى كل مرة اريد اللى ومتى اخذ
الورم فى الانفصال وحصل سيلان منتن وجب حقن الانف بماء الشب او بكلورور

القلى اوباى سيال كان غسال وتنبغى المبادرة بازالة الورم حال ما يشاهد انه انفصل انفصالا كافيا * وكيفية ديسول تستدعى جهازا يتم برباط طوله قدم ونصف مصنوع من خيطين مشمعين مفتولين على بعضهما وعروة من خيط بسيط ذى لون يخالف لون الرباط ومجس بالولد وانبوبة من فضة منحنية قليلا من طرفها طولها خمسة قراريط وستة وقطرها نصف خط ثم بعد ذلك يوضع المريض ويمسكه المساعد بحسب المناسب ويدخل المجس فى خيشومه وعند وصول زره الى الفم يربط فيه احد طرفى الرباط وطرفا الخيط البسيط وهذه الاشياء تخرج من الانف وتعطى لمساعد والعروة المتكونة من الخيط البسيط الخارجة من الفم يمسكها هذا المساعد ايضا والجراح حينئذ يدخل طرف الرباط الخارج من الفم فى الانبوبة ويذهب بها خلف اللهاة فيدور بطرفها على عنيق البوليبوس ثم يدخلها فى عروة الخيط البسيط دافعا تلك العروة الى الخلف حال كون المساعد جاذبا طرفيها من الانف حتى يوصلها الى الرباط فتجذبه معها من الانف الى الخارج وتبقى الانبوبة فارغة وبذلك يعلم ان الرباط قد احاط بالورم وبعد ذلك يدخل طرفاه فى حاملة العقدة ليسهل عصر الورم وخنقه * والمعلم موسكاتى قد نوع الكيفية المذكورة آنفا فكان يستعمل ملعقة لا قعر لها وفى حافتها تلم يوضع فيه رباطا طرفاه يوضعان فى تلم كائن فى السطح العلوى ليد الملعقة ويدخل من الفم فى الخيشوم خيطا يربط فى طرفه السفلى طرفى الرباط المحمول للملعقة وبعده يدخل تلك الملعقة فى البلعوم ويضع فيها البوليبوس ويجذب الخيط من الانف فالرباط حينئذ تسهل احاطته بالورم ويدخل طرفاه فى عاصرة العقدة فبذلك يتم عصر الورم وخنقه * ومتى كان البوليبوس متجها الى الامام وجب ان ينفذ بينه وبين الجدران الانفية حاملة العقدة وعاصرة العقدة مجتمعتين وفيهما رباط وعند وصول هاتين الالتين الى ساق الورم يزلق حوله حاملة العقدة فيحيط الخيط بقاعدة الورم ثم يخرج الخيط من هذه الالة ويدخل فى فتحة عاصرة العقدة فبذلك يتم خنق الورم * والمعالجة التابعية ان يؤمر المريض بالحمية القاسية عقب الربط واذا انتفخ البوليبوس انتفاخا

كيفية ديسول

كيفية موسكاتى

كيفية ربط البوليبوس المتجه الى الامام

المعالجة التابعية

زائدا شرط سطحه شروطا متعددة ويحقن المحل بحامض لتجذب المادة
النتنة السائلة الى الخارج وليمنع النتايج الردية التى هى ربما تحصل
من ازدراد هذه المادة واذا كان الورم شاغلا للبلعوم وجب ان يدخل فيه
خيط ليمنع سقوطه فى المزمار وليسهل خروجه زمن سقوطه *

عيوب الربط

وعيوب الربط
هى انه اولا لا يستعمل الا فى البوليبوس ذى الساق الذى يكون فى الجهة
السفلى لجدران الحفر الانفية وثانيا انه يعقبه انتفاخ التهابى فى الورم وهذا
الانتفاخ كثيرا ما تصحبه عوارض ثقيلة كعسر الازدراد واختناق النفس
والحمى الشديدة وسعى الالتهاب الى الاجزاء المجاورة وثالثا ان نتائجه بطيئة
الحصول ورابعا انه كثيرا ما يعسر وضعه على الوجه المناسب وخامسا انه
قد يتفق ان ينفصل الورم فجأة حال النوم فيسقط فى الحنجرة ويمنع التنفس

الاستئصال

* ولما كان ربط بوليبوس الحفر الانفية عملية كثيرا ما تكون عسرة ودائما
هى شاقة واحيانا محالة كان الاستئصال هو المقبول اكثر منها عند الجراحين
فاذا كان البوليبوس حوصليا رخوا استعمل فى استئصاله الجفت الذى يكون
فى شعبتيه ثقوب كالمصفاة فيمسك به جزء من البوليبوس ويجذب بحركة التوائية
على مرات عديدة حتى تنظف الخياشيم من جميع البوليبوس والنزيف الحاصل
من هذه العملية يجفف بالغسل بعض مرات بحامض *

استئصال البوليبوس الصلب واللحمى والليفى

واذا كان البوليبوس
صلبا استؤصل بجفت مسنن او بالجفت الكلابى واجتهد فى جذبه من الخياشيم
المقدمة التى اذا كانت فتحتها ضيقة جدا وجب شق الجهة من دائرتها واذا كان
شاغلا للبلعوم ولا يمكن جذبه من الانف استؤصل من الفم بجفت منحن من طرفه
وعلى كل حال فان لم يكف الجفت الاول لاتمام العملية ابدل بالثانى او بالثالث
او بالرابع ليكون الجفت واصلا لجسم البوليبوس وصولا كليا *

منافع الاستئصال

واعلم ان
استعمال قاعدة الاستئصال هو الغالب لانها أءمن واسرع واسهل من بقية
القواعد وتصح فى جميع الطوارق وانما كانت أءمن لان بها يستأصل اقصى اصول
البوليبوس مع ان بقية القواعد يبقى بعد استعمالها دائما بعض اجزاء منه واسرع
لان بها يتخلص المريض من الداء فى زمن قليل واسهل لان بها يتمكن من القبض

بوليبوس الجيوب الفكية

على جسم الورم * واعلم ان الغشاء المخاطي المغشي للجيوب الفكية وغشاء بقية
اجزاء الحفر الانفية مستعدان لان ينشأ فيهما البوليبوس وطبيعة هذا الورم في
الغالب ليفية فاذا انشأ في نقطة من السطح الباطني للجيوب الفكية ملاء هذا
التجويف بسرعة او مدد جدرانه ثم تارة يسعى نحو الفم وتارة الى جانب الخد وتارة
للحجاج وتارة للحفر الزوجية وتارة لباطن الانف واحيانا ينتشر في جميع هذه
المحال في آن واحد واول المشاق التي تصاحب ظهور البوليبوس الم غائر غير حاد
يحصل في احد الخدين وكونه ثقلا وتعبا اظهر من كونه الما وبواسطة هذه العلامات
سيما التشوش الميكانكي الحاصل في الاجزاء المختلفة للقسم الفكي لا يشك في
طبيعة المرض ومجلسه والواسطة الوحيدة لمعالجته هي ازالة الورم وتحصل بفتح
الجيب الفكي على ما ذكرناه في جراحات هذا الجيب ويكون ذلك الفتح من حافة
السنخ او من الحفرة النابية وينبغي ان يكون اتساع الفتحة على حسب حجم الورم
الذي يقبض عليه بجفت كلابي فاذا كان ذا عنيق كفى لاستئصاله من نقطة
التصاقه بعض حركات التوائية تفصله من محل اندغامه واذا كان حجمه عظيما
استؤصل جزأ فجزأ واذا كانت العملية شاقة طويلة وجب تفريقها على
مجالس ومع ذلك يجتهد في ايقاف النزيف بسددات من نسالة ويستعمل هذا
الاجتهاد مع الاحتراس ايضا بعد استئصال الورم استئصالا تاما واحيانا
يلتجيء لسد الحفر الانفية ومن المعلوم انه متى فتح الجيب الفكي وجب حال سد
فتحتي الخياشيم سد الجرح الذي جرح بان يدخل فيه كراة من نسالة مغموسة
في القلفونيا

الرابعة عشر فطر الجيوب الفكية

الجيب الفكي بدل ان يكون مشغولا بالبوليبوس قد يكون مملوأ بكتلة فطرية
ملتصقة بجميع جدرانه وذلك يستدعي انه بعد فتح الجيب فتحا واسعا يستأصل
معظم هذه الكتلة ثم يكوى مركز عنامة الفلك بالمكواة وبذلك يقف النزيف
وتنمحق اصول الداء في آن واحد وكثيرا ما ينبغي تكرار الكي في هذه العملية

وتكرر ايضا مادامت جدران الجيب تنشئ هذه التولدات القطرية

الخامسة عشر الرعاف

المعالجة الجراحية للرعاف تكون بسد الفتحات المقدمة والخلفية للحفر الانفية التي هي محل له ويكون هذا السد محكما ولا يستعمل الا اذا كان سيلان الدم غزيرا يخشى منه على حياة المريض واستعصى على استعمال جميع ما ينبغي فعله كالحقن بالماء البارد ممزوجا بالخل وبماء رابسل المزيد وكالوضعيات الباردة على الانف والضغط عليه بالاصابع والاستحمامات القدمية الحارة جدا ونحو ذلك *

سد الحفر الانفية

وجهاز سد الحفر الانفية مركب من اشياء فاولا مجس بللوك فان لم يوجد ابدل بقضيب من القيطس او من الصفصاف ويكون رفيعا جدا في طرفه شرم صغير ليتثبت فيه خيط وثانيا كراة من نسالة ذات حجم كاف لسد الفتحات المقدمة والخلفية للحفر الانفية وثالثا حبيل مكون من اربع طاقات او خمس من خيط مجموعة على بعضها او مشمعة وطول هذا الحبيل قدم ونصف يثني من الوسط ويثبت في هذا الوسط تثبيتا قويا بعقدتين كراة من نسالة حجمها يوافق الفتحة الخلفية لكل من الحفرتين الانفيتين *

كيفية العملية

وكيفية العملية ان يجلس المريض امام كوة وتثبت راسه على صدر مساعد حافظ لها ويدخل في الخيشوم الخارج منه النزيف المجس المذكور انفا مطبوقا مدهونا بدهن مقعره يلي الاسفل وعند وصوله الى البلعوم يدفع الميل الذي ينفذ حالا في الفم فحينئذ يسهل مسكه بجفت او بالاصابع ويربط في زره طرفا الحبيل الحامل للسدادة ثم يجذب الى الخارج مع انبوبته فينجذب الخيط الى الحفرة الانفية ومعه الكرة من النسالة فتقف في الفوهة الخلفية لهذا التجويف ثم يسلم الحبيل لمساعد يجذبه الى الامام ثم تدخل في الخياشيم كراة من نسالة وتوضع الاخيرة بين طرفي الحبيل وتثبت فيهما بعقدتين وبعد اليوم الرابع تقطع الاخيطة ويسهل خروج الدم الخاثر بحقن الحفر الانفية بالماء الفاتر

الباب الثاني في افات الحبيلات العصبية والعامود الشوكي

وهي احدى عشرة آفة

الاولى الجروح

اعلم ان الاعصاب هي الموصلة للحس وللاشعة الخفية التي بها تكون جميع الحركات وهي كبقية اعضاء الجسم معرضة للتأثر من الاجسام البادية وتسهل معرفة جروحها ولو كانت مصحوبة بجروح الاجزاء الرخوة المحيطة بها بواسطة الاعراض المخصوصة بها والعوارض المصاحبة لها التي هي كثيرا ما تكون ثقيلة جدا والنتايج المحزنة التي تصدر من تلك العوارض * ثم ان جروح الحبيلات العصبية اما ان تكون وخزية ومثلها تفرق الاتصال الغير الكامل وهذان يحصل منهما الم شديد دائم وضجر وتشنجات واختلاجات بل والتيتنوس والموت ايضا * واما ان تكون تفرق اتصال كامل وهذه لا يحدث عنها مثل هذه الاعراض بل الذي يحدث عنها الخدر وعدم الحس والشلل في طرف كامل او جزء عظيم منه اذا كان الجذع العصبي المجروح هو الموصل لحياة ذلك الطرف او الجزء العظيم منه * واما ان تكون رضا قويا يبطل تميم وظائفها حالا ثم اما ان تعود الى مجراها الطبيعي او تبطل بالكلية على حسب كون العصب يشفى ويعود الى حالته الاصلية او يحصل في نسيجه تغير عظيم * واما ان تكون ارتجاجا وانزعاجا في الحبيلات العصبية في اي جزء من اجزاء الجسم او في جميع المجموع العصبي وهذه يحصل منها الخدر وعدم الحس الكلي او الجزئي ويشاهد جميع ذلك في الاشخاص المصابين في الحروب بالاجسام المقذوفة او بالرصاصة الكبيرة الحجم * ثم ان الاعضاء المصابة بالوخز او بتفرق الاتصال الغير الكامل قد تعود الى ممارسة وظائفها ممارسة كاملة وقد برهن ايضا بامتحان جيد على ان الاعصاب المصابة بتفرق الاتصال الكامل تتحد بعضها ثانيا فتعود مداومة العلاقة الكائنة بين المخ والاجزاء المتوزعة هي فيها * واما المعالجة ففي اصيب عصب بالوخز او بتفرق الاتصال الغير الكامل وجب اولا ملازمة المريض للراحة الكاملة واستعمال الوضعيات الملينة المسكنة والاستحمامات والمخدرات

الجروح اما وخزية

او تفرق اتصال كامل

او رضية

او ارتجاجية

الانذار

المعالجة

الحقيقة من الباطن فان لم تنفع هذه الوسائط فى تسكين العوارض وظهرت اعراض ثقيلة ينبغى حالا ان يشق شق فوق محل اصابة العصب ويستقصى عنه فى قرار الجرح ثم يقطع العصب المصاب بالعرض وهذه العملية أمن واقل الما من كى الجرح بواسطة النار او بالدوتو كلورور الانتيمون السائل وبعد قطع العصب ينبغى ابقاء الطرف على راحته وينتظر اجتهاد الطبيعة فى رد وظائف العصب المصاب بتفرق الاتصال ومما ينفع جدا لذلك المنبه والتنطيل بالماء المعدنى وبقية الوسائط من هذا النوع والدلك المعاون باعطاء المقويات المنتشرة من الباطن ينفع ايضا فى الارتجاج الشديد وكل استفراغ دموى لا ينفع حال خدر المجموع العصبى

الثانية البنورالجيا اى الالتهاب الحاد فى الاعصاب

يندر وجود الالتهاب الحاد فى الحبيلات العصبية فاذا وجد فينبغى ان يعالج كيفية الالتهابات

الثالثة الالتهاب المزمن فى الاعصاب ويسمى اوجع العصبى

البنورالجيا اى الوجع العصبى آلام مختلفة تكون فى طول الاعصاب وقد تتبع تفرعاتها ومعظم البنورالجيا يسمى باسماء الاعصاب المشغولة به فقد يكون مجلسه فى العصب الحجاجى الجبهى ويسمى بالبنورالجيا الوجهية وبالتيك المؤلم اوفى الحجاجى السفلى اوفى الشعبة الفكية من العصب التوءمى الثلاثى

البنورالجيا الجبهية

* فاذا كان فى العصب الحجاجى الجبهى ابتدأ الالم من الثقب الحجاجى وامتد الى الفروع المتوزعة فى الجبهة والجفن العلوى والعصيمة الدمعية والى الزاوية الانفية للاجفان واحيانا يكون معظمه فى الحجاج

البنورالجيا تحت الحجاج

* واذا كان فى الحجاجى السفلى احس بالالم فى مسير الشعبة تحت الفك من العصب الوجهى الثلاثى وعلى الخصوص فى الفروع الحجاجية السفلى وكثيرا ما ينشأ من الثقب تحت الحجاج ويسعى الى الفروع المتوزعة فى الخد او الشفة العليا او جناح الانف او الجفن السفلى او الزاوية الوحشية للعين واحيانا يصعد جهة منشأ العصب الثلاثى فيحس

به في الاسنان والجيب الفكي واللهاة والغلصمة وقاعدة اللسان وفي بعض الطوارق ينتشر في احد جانبي الخد فيحدث فيه انقباضات تشنجية ويبتدئ الالم غالبا من الثقب الذقني ويتبع الاعصاب الذاهبة الى الذقن والشفتين ويصعد الى القناة الفكية ويسعى الى الفريعات الناشئة من هذه الشعبة والى الاسنان والاسنخة واسفل الذقن وجانبي اللسان والصدغين * وقد ندر مشاهدة البنورالجيا الحرقفية الصفنية واعراضه الم شديد شاغل لمسير فرع الزوج الاول القطني التابع للعرف الحرقفي او المصاحب لحبل الاوعية المنوية * والبنورالجيا الفخذية المابضية اى عرق النساء قد يشغل العصب العظيم الوركي واعراضه الم كثير الشدة او قليلها ينشأ من الشرم الوركي ويمتد الى الجهة الخلفية للفخذ بحسب مسير العصب وقد يسعى الى الخافة الوحشية للساق بل الى الاخمص والفخذ المصاب لا يكون احمر ولا منتفخا وحركاته تكون عسرة مؤلمة واما مدة هذا الداء فغير منتظمة فانه قد يزول في بعض ايام وقد يطول مدى حياة المريض * والبنورالجيا الفخذية القصبية مجلسه مسير العصب الفخذي ويحس به في اتجاه هذا العصب من الاربية الى الرضفة وتارة في طول الخافة القصبية للساق وفي ظهر القدم واما سيره ومدته فلا يختلفان عن السابق) والبنورالجيا الاخمصية نادرة والالم يكون مقصورا على مسير العصب الاخمصي * والبنورالجيا الزندية الاصبعية يمتد فيها الالم من المحل المار فيه العصب تحت النتوء المقمي الانسي الى ظهر الكف وحافته الزندية وهذا الالم قد يشبه الالم الحاصل من فعل جسم راض في هذه الجهة من المرفق * ومعالجة هذه الادواء الخفية الاسباب قد استعملوا فيها وسائط كثيرة ومعظمها الفصد العام والموضعي والمقيئات والمسهلات والوضعيات المحمرة والمنغطات والمسكنات والنطولات والدلك الزيبقي والكهربائيا والمغناطيس وقطع العصب وازالة جزء منه بالشق او بالكي ومدحوا في وجع العصب الوجهي حبوب الطبيب ميجن المركبة من اجزاء متساوية من اوكسيد التوتيا وخلاصة البنج الاسود والوالريانا البرية وتعاطى هذه الحبوب يكون صباحا ومساء ويزاد في الكمية تدريجا حتى تبلغ الاربعين واذا لم تنجح هذه الواسطة كبقية الوسائط ينبغي كشف العصب وقطعه بالعرض ولزيادة

البنورالجيا الحرقفية الصفنية

البنورالجيا الفخذية المابضية اى عرق النساء

البنورالجيا الفخذية القصبية

البنورالجيا الاخمصية

البنورالجيا الزندية الاصبعية

المعالجة

عرق النساء

الامن ازالة جزء منه وهذه العملية نجحت جملة مرات ومع ذلك مليت باكيدة لان تغممات بقية الاعصاب توصل سلطنة المخ الى الشعب المصابة فيعود الالم ثانيا والوجع العصبي الصفني يستدعى الفصد العام ووضع العلق على الشرج والاستحمامات العمومية والجلوسية والوضعيات المسكنة والمسكنات من الباطن ايضا * ووجع العصب الفخذى المابضي المعروف بعرق النساء يستدعى استعمال العلق والمحاجم على مسير العصب سيما محل الالم واذا لم تنجح هذه الوسائط فلتوضع منفطة عريضة او المقصى فانهما اقوى الوسائط الشفائية لمقاومة هذا الداء واما بقية انواع اوجاع الاعصاب فى الاطراف فمعالجتها واحدة تقريبا

الرابعة اورام الاعصاب

الالتهاب المزمن فى الاعصاب قد ينشئ فيها اوراما فتارة تكون متكونة من المنسوج الليفى والمصلى وتارة تتسرطن وليس هنالك عايق يمنع استئصال هذا النوع من الاورام وينبغى حينئذ كما يفعل فى قطع جزء من العصب ان يبتدأ بقطع الجزء المرتفع كثيرا من هذا العصب لاجل ان لا يحس المريض بالالم الصادر من هذا القطع الامرة واحدة

الخامسة الدرن المؤلم تحت الجلد

قد يوجد تحت الجلد اورام صغيرة صلبة متحركة مؤلمة تؤلم جدا من ادنى غمز ثم يصير وجودها غير محتمل والظاهر ان مجلس هذه التولدات الفروع العصبية تحت الجلد واذا كانت الوضعيات الملينة المخدرة غير كافية لازالتها ينبغى ان يشق الجلد الذى يعلوها وتمسك بكلاب ثم تقطع وهذه العملية سهلة لا تمام ويعقبها دائما شفاء كامل

السادسة جروح العامود الفقارى

الافات الصادرة من الاجسام البادية اما فى الاجزاء المحيطة بالنخاع الشوكى

الواقية له او في تقيس النخاع لا تستدعي في الجراحة عملية البتة بل الوسائط اللازم استعمالها هي ان يلازم المريض الفراش ويكون مضطجعا اضطجاعا به تقل المشقة بقدر الامكان ويستعمل الفصد العام والموضعي خصوصا وتغطى الجهة المصابة بالمكمدات الملينة وتعطى من الباطن المشروبات الملطفة وقد يضطر احيانا الان يبتدأ بتبعيد ما يصاحب الجرح ثم ان كانت الافة وخزا فلا تستدعي معالجة مخصوصة وان كانت شقا بسيطا ضمت حافتاه الى بعضهما بواسطة العصائب اللزجة .

السابعة ارتجاج النخاع الشوكي

النخاع الفقاري بسبب لطافة بنيته وكونه مثبتا في قناته تثبيتا غير متين قد يفسد من انزعاج شديد جدا ولفا يفه قد تتمزق وتلتهب من ذلك فمن ذلك شوهد عقب سقطة على القسم القطني شلل في الاطراف السفلى والمستقيم والمثانة مع شلل الاطراف العليا ايضا عقب ضربة شديدة على القفا بدون ان يكون في الفقرات كسر او خلع وخطر شلل الاجزاء الآتي لها الاعصاب من النخاع الشوكي اسفل المحل الذي حصل فيه الانزعاج يقف كثيرا اذا كان محل الافة اعلى والآفة تكون مهلكة اذا حصلت قرب وسط السلسلة الفقارية لان العضلات التنفسية حينئذ تفقد سلطنة المخ اللازمة لانقباضاتها * ومعالجة ذلك لها دلالتان الاولى منع حصول الالتهاب بالفصد العام والموضعي والثانية ايقاظ المجموع العصبي بواسطة المنبهات من الخدر الواقع فيه بسبب الانزعاج ويستعمل لنيل ذلك الدلك لياباس او لرطب بسيال روحي كروح العرقي المكوفر وبالادهان الطيارة وبصبغة الذراريح وتستعمل ايضا المنفطات على مسير السلسلة الفقارية غير ان هذه الوسائط ينبغي ان تكون مسبوقة بالاستفراغات الدموية المتكررة بحسب قوة المريض وحالة النبض وينبغي ان يراعي بانتباه كاسير البول والمواد الثفلية فيستفرغ البول بواسطة القاثاطير مرتين او ثلاثا في اليوم اذا لم يخرج بالاختيار المعالجة

الثامنة

الثامنة كسر الفقرات

كسر الفقرات يكون غالبا من ضربة او سقطة او اصابة جسم مقذوف من الاسلحة النارية والذى ينتج عنه الم شديد جدا يعقبه الخدر بل الشلل فى الاطراف السفلى والمثانة والمستقيم اذا كانت الآفة فى القسم القطنى من السلسلة الفقارية وشلل هذه الاجزاء يصحب شلل الاطراف العليا مع عسر التنفس اذا كان الكسر حاصلا فى الجزء السفلى من العنق * والمعالجة لذلك كمعالجة الارتجاج السابق واذا كان كسر الفقرات حاصلا من جسم مقذوف من اسلحة نارية ينبغى توسيع الفتحة الحاصلة من هذا المقذوف واخراج الاجسام الغريبة والشظايا العظمية المنفصلة ثم ننتظر اجتهاد الطبيعة * وانذار هذا الداء خطر دائما والاطراف السفلى من حيث انها مصابة بالشلل تلزم المريض بان يلازم الفراش دائما وبالاستلقاء على الظهر وذلك مما يسبب فيه خشكريشات غنغرينية تحدث قروحا عظيمة السعة تعرى فى اكثر الاوقات العظام ثم تحدث الحمى البطيئة والاسهال الكولليكواتيفى اى الذوبانى فيهلك المريض

المعالجة

الانذار

التاسعة وثء الفقرات

وثء الفقرات اندر من كسرها ولا يحصل فى الجزء القطنى ولا الظهرى فلا يمكن حصوله الا فى الفقرات العنقية حيث ان اقوى حركة عنيفة لا يمكنها ان تزيغ الفقرات الظهرية ولا القطنية عن محلها الا بعد كسرها اياها وجميع المؤلفين يثبتون ايضا امكان حصول وثء الفقرات الخمس الاخيرة العنقية وليس هنالك احد ينكر وثء الرأس من الفقرة الاولى ولا هى من الثانية فان كلا من هذين الوثئين متوكد وكثير الحصول ووثء المؤخر من الفقرة الاولى فجأة يهلك المريض بسبب انضغاط وفساد بنية مبدأ النخاع الشوكى واما الوثء الحاصل تدريجا فقد لا تنتج منه نتائج محزنة لان الطبيعة تعتاد على انضغاط بطىء غير محسوس فتحتمل الزيغ اذا كان شيأ فشيأ وفى وثء الفقرة الاولى انقفوية من

الثانيـة الذى هو ليس بنادر جدا تنزلق الكتل الجانبية اعنى الزوائد المفصلية للفقرة الاولى على النتوات المفصلية للفقرة الثانية فاحد النتوين من الفقرة الاولى يذهب امام المحاذى له من النتوين المفصليين للفقرة الثانية والثانى يذهب خلفه وفى هذا الخلع سواء تغير النتو الشائكى عن محله اولم يتغير تضيق القناة فينضغط النخاع الشوكى ويحصل له التواء يمزقه ومثل هذا الخلع يقتضى ان يكون مميتا فى الحال فان كان غير كامل وصادرا من استرخاء الاربطة فربما يكون اقل خطرا

المعالجة ✱ واما المعالجة فمن المعلوم ان خلع فقرات العنق لا يستدعى الاجتهاد فى رده اصلا فمن العقل تركه الا اذا كان فى النخاع الشوكى انضغاط اواراد المريض رد تلك الفقرات مطلقا فينبغى ان يخلص النتو المفصلى للفقرة العليا بتمييل الرأس اولا جهة الجانب المائلة اليه ثم ردها الى استقامتها بحركة برمية مضادة للحركة التى بها تم الخلع وهذه الطريقة خطرة جدا وربما قتلت المريض بضغطها للنخاع الشوكى اكثر من الضغط الحاصل من الفقرة المخلوعة وعدم تحرك الرأس يمنع من رد الوثى

العاشرة الاستسقاء الفقارى او استسقاء القناة الفقارية او الاسبينا بيفيدا

الاستسقاء الفقارى على نوعين لانه اما ان يكون مع آفة فى الجدران العظمية للقناة الفقارية او من غير آفة فالاول منهما وهو سهل المعرفة يكون بتجمع مصل فى اغشية السلسلة الفقارية مع تباعد الجدران الخلفية للقناة العظمية او فقدها والموجود بدلها اغشاء تمتد على هيئة حوصلة مكونة لورم شاغل للجهة الخلفية من السلسلة الفقارية ويكون فى القسمين القطنى والعجزى اكثر منه فى الظهرى والعنقى وكثيرا ما يكون الاستسقاء الفقارى مصحوبا بالاستسقاء الرأسى وصفته ورم رخو متموج فى اسفل الظهر وقد يوجد هناك اكثر من ورم وفى الطوارق النادرة لا يوجد فيه الا ورم واحد طوله يشغل السلسلة الفقارية كلها واحيانا بدل الورم توجد فتحة ناصورية يسيل منها المصل على الدوام وهذا الاستسقاء الفقارى او الاسبينا بيفيدا فى الاطفال داء مهلك والبزل فيه لا يحصل منه دائما

الاتابج محزنة فينبغى ان يقتصر على الوسائط الموصىٰ بها فى معالجة الاستسقاء

الحادية عشر زيغ السلسلة الفقارية ويسمى داءبوت او الحدبة

زيغ السلسلة الفقارية نتيجة الالتهاب المزمن المحدث للين جسم الفقرات وتسوسها واحيانا الانصاب الافقرة واحدة وتارة اكثر من واحدة وحينئذ فلا تكون تلك الفقرة تفقد المقاومة اللازمة لتحمل ما علاها فتخفض وتنضغط فتفقد الفقرة التى تعلوها الفقد مسندها فتسقط وينخفض جسمها ويرتفع نتوءها الشوكى فتكون تحت الجلد فى وسط الجزء الخلفى من الجذع وربما بارزا يسمى بالحدبة واذا حصل هذا التغير فى جملة فقرات معا كان التقوس اعظم فينتج تحدب حقيقى وانضغاط عظيم فى النخاع الشوكى ويحس من ابتداء المرض بخدر واضح فى الاطراف السفلى فتنثنى من نفسها تحت ثقل الجسم فيضطر دائما لفعل العضلات الباسطة لمنع هذا الانثناء ثم يزيد ضغط هذه الاجزاء سريعا وتبطل قوتها وتفقد الحساسة ويحصل شلل فى المثانة والمستقيم ونصاب اعضاء التناسل بالخدر فيضطر المريض لملازمة الفراش حتى تنتهى حياته المحزنة * والتشريح المرضى اعنى فتح الرمم اثبت ان التغير الحاصل فى اجسام الفقرات لا يكون دائما على حد سوا بل تارة يكون لينا بسيطا والعظمة تفقد جساوتها لكونه لا يوجد فيها كمية كافية من فوصفات الكلس وهذه الحالة تنشأ هنا فى الاطفال الذين غلب عليهم الداء الخنازيرى واصيب المجموع العظمى فيهم بلين يقرب من ان يكون عاما وتارة تكون العظمة مصابة بتسوس يابس يشبه تسوس الخشب وكان الاوعية الماصة ازالت منها اجزاءها الدقيقة فلم يبق فيها فتات ولا اجزاء منفصلة وهنا حالة ثالثة ايضا وهى تسوس حقيقى او تقرح فى الجوهر الاسفنجى مصحوب بمادة صديدية مجتمعة فى بورة قد تكون قريبة للفقرة المريضة لكن الغالب ان تكون بعيدة عنها وهذه الافة تكون فى الغالب مصحوبة بخراج كائن فى ثنية الاربية او فى الجهة السفلى من القطن او فى الجدران البطنية والصديد الناشئ من تسوس

التشريح المرضى

يسير فى طول الاوعية فى المحال المذكورة ثم يكون خراجا بالتجمع يكون مهلكا فى الغالب * والخراج بالتجمع ان تسوس الفقرات فيتسبب عنها كما ذكرنا خراجات عرضية اى بالتجمع وتتكون فى محل بعيد عن مجلس التسوس قرب الجهة السفلى من الجذع امافى القسم الظهرى اوفى القسم القطنى العجزى اوفى حافة الشرح اوفى ثنية الاربية اوفى الجزء العلوى من الفخذ وقبل ظهور الخراج بزمن قليل يحس المريض بالم مستبطن شديد فى الظهر ثم يرتفع فى احد المحال المذكورة ورم ليس معه علامات التهاب البتة رخو غير مؤلم متموج بطىء النمو ينتهى بالانتفاخ فيسيل منه صديد لا رائحة له فيه بعض ثخن ويختلط غالبا بندف زلالية ثم يفسد هذا الصديد سريعا من مماسة الهوا وتحدث الحمى البطيئة والذبول ويسرع هلاك المريض كلما كانت المسافة بين الخراج وينبوع صديده قريبة * والمعالجة لهذا المرض ان تقاوم اولا الاسباب المهيئة كالمزاج الضعيف الليمفاوى وثانيا يقاوم الفعل المتسلطن لبعض العضلات اوالاعتيادات المعيبة التى حصل الزيغ من تأثيرها وثالثا ان يتمسك بالوسائط الصحية كالاغذية الجيدة والرياضات التى تصارع الهواء اى تدفعه والسكنى فى الهواء النقى ورابعا اعطاء الادوية المرة من الباطن وخامسا الكى والمقصى على جانبى الحدبة ويضاف على هذه الوسائط استعمال الاستحمامات فى البحر ومن الماء المعدنى واوصى ايضا بآلات لتعديل الجذع لكنها غير كافية بل فى الغالب خطرة * ومن خصوص الخراجات بالتجمع فالطريقة فيها ان يتباطأ فى فتحها بقدر الامكان اعنى انها لا تفتح الا متى استرق الجلد وحان انفتاحه وليكن الشق صناعيا صغيرا جدا بقدر ما يمكن احتراسا من دخول الهواء الذى يلهب جدران البورة ومسير الصديد بل اصل ينبوع الداء لان ذلك كله مما يسبب الموت سريعا فلذ يستعمل فى الشق بازلة صغيرة مسطحة او مشرط ذو نصل رقيق ويخزبه مع لانحراف الجزء الاكثر ميلا واتحدارا من الورم وليحرص على ان لا يستفرغ الصديد الا شيأ فشيأ ليكون للكيس الصديدى وقت لرجوعه على نفسه وضياعه ومن الواجب ايضا ان يبقى فيه شىء من هذا السائل ثم بعد ذلك كله تقرب

الخراج بالتجمع

المعالجة

معالجة الخراجات بالتجمع

حافات

حافات الجرح وتسد بقطعة من الدياخليون

الباب الثالث في امراض المركز المخي وفيه فصول

الفصل الاول في آفات الجمجمة وهي ثنتان

الاولى الجروح

لوكانت العظام والاجزاء الرخوة المحيطان بالجمجمة موجودين في غيرها من اجزاء البدن ولم يكن لهما ارتباط بالمخ لما استدعت جروحهما معالجة مخصوصة بل كانت تدخل في جملة الاعمال الجراحية المعتادة لكنهما لما كانا قريبين للمخ وأغشيته ويسهل مشاركته لهما في الآفة كان الخطر في آفات الجمجمة كثيرا وعملياتها كثيرة ففي الطوارق التي يكون فيها جلد الرأس وعظامه مجروحين من غير وجود علامة تدل على آفة في المخ ينبغي زيادة عن المعالجة البسيطة للجرح ان يجتهد في استعمال مضادات الالتهاب لئلا يسعى التهيج والالتهاب الظاهران الى المخ وأغشيته ثم ان الجروح الظاهرة في الاجزاء الرخوة من الجمجمة اما ان تكون وخزية اوقطعية اورضية فالجروح الوخزية هي التي تكون من الاجسام الواخزة كالرماح وحربة البندقية وهذه ان لم يبق في الجرح منها اجسام غريبة استدعت حلق الرأس وتغطية حوافي الجرح بالوضعيات الملينة * وليس من النادر عقب هذه الآفات مشاهدة التهاب المنسوج الخلوي الكائن تحت الوتر العريض فوق الجمجمة وحدوث ذلك يوجب عوارض ثقيلة تصدر من التهاب هذا المنسوج بسبب الانضغاط واعراضه ثقل يمتد الى الرأس كلها والم ثقيل اكثر من كونه حادا وحمى ثم ظهور انتفاخات حوالي الصدغين والقسمين الحلميين ثم تعرية عظام الجمجمة فهذه هي الاعراض الرئيسة والنتايج التابعة لهذا الداء ولا ينبغي فيه اعطاء المقيئات الموصى بها من المؤلفين بل ينبغي ابدالها بالفصد الموضعي حال ما يشاهد ان الاجزاء المحيطة بجرح الجمجمة ورمت والتهبت وصارت مؤلمة زيادة عما يقتضيه نفس

التهاب المنسوج الخلوي تحت الوتر العريض

الجرح فى حد ذاته مع كون الوسائط الواجبة قد استعملت واذا لم ينفع ذلك القصد فلتشق الاجزاء الرخوة شقا صليبيا يصل الى حدود الالتهاب واطلاق الاختناق الذى يحصل من هذه العملية يوقف تقدم الداء

آفات الاخيطة العصبية الجمجمية

* واذا جرح عصب من آلة واخزة كالعصب الحاجبى وجب قطعه حالا بالعرض من بين الجرح والمخ لان العوارض الناتجة من هذه الآفة ثقيلة جدا لكونها قريبة من المخ فلذلك لا ينبغى التراخى فيها

الجروح القطعية

* والجروح القطعية هى التى تحصل فى جلد الجمجمة من ضربة بسيف اوغيره من الآلات القاطعة وهذه ينبغى فيها بعد حلق شعر الجهة المصابة ان تضم حوافى الجرح حالا بجملة قطع من لزق ملصقة واذا كان الهدب منفصلا انفصالا عظيما من اعلى الى اسفل بحيث لا يكفى رفعه وتثبيته باللزق وجب ان يثبت بغرز خياطة فى حافته العليا فاذا انفصل جزء عظمى وبقى ملتصقا بالجلد وجب رده الى محله مع الهدب الجلدى اوفصله واستئصاله قبل ضم الهدب الى ما تحته من الاجزاء وذلك هو الاحسن

الرباط الضام

* ثم ان حفظ الانضمام للجروح القطعية فى الرأس يوجب ان يقوى فعل العصائب اللزجة بالرباط الضام وهو لفافة تختلف على حسب كون الجرح طوليا متجها من دائرة الجمجمة الى الهامة او عرضيا متجها الى جهة محيط الدائرة المذكورة

الرباط الضام للجروح الطولية

* فالاول وهو الرباط الضام للجروح الطولية ان تؤخذ لفافة طولية تلف على هيئة اسطوانتين وتوضع رفائد درجية على طول تفرق الاتصال ويوضع الجزء الكائن بين الاسطوانتين من اللفافة على الجانب المقابل للجرح من الجمجمة ويذهب بطرفيها نحو الجرح او يصالبان على حافاته المتقاربة او يشق احد الطرفين ويدخل فيه الآخر ثم تلف على الرأس جملة لفات حتى تنتهى الاسطوانتان

الرباط الضام للجروح العرضية

* والثانى وهو الرباط الضام للجروح العرضية ان تؤخذ رفادتان طول كل واحدة منهما ذراع وعرضها بقدر طول الشق ولفافة اخرى طولها عشرة اذرع فبعد معالجة الجرح بما يناسب توضع احدى الرفادتين من اعلى الجرح والاخرى من اسفله بعد ان يشق احد طرفى كل من الرفادتين الى سيور ويؤتى باللفافة فيثبت الطرف الآخر من كل من الرفادتين بلفات منها ثم تصالب سيور

اللفافتين على الجرح مع شد سيور كل لفافة لغير جهتها لينضم الجرح بذلك ثم يثبت هذا الانضمام بلف بقية اللفافة على تلك السيور المتصالبة فاذا خيف من ذهاب هذه العصابة الى اعلى فلتوضع عصابة اخرى تحت الذقن ويثبت طرفاها على الصدغين فى تلك العصابة * والجروح الرضية هى التى تحصل من تاثير الاجسام الراضة كالسيوف الغير القاطعة والحجارة والعصى او من الاجسام المقذوفة من الاسلحة النارية ومعالجتها لا تختلف عن معالجة تفرق الاتصال المذكورة آنفا والصادرة من الاسلحة النارية ينبغى فيها اولا استئصال الاجسام الغريبة اذا كانت موجودة والانضمام فى هذه الجروح لا يكون فى الغالب كاملا بل يحصل فى الاجزاء الغائرة من الجرح التى انتهى الرض اليها اقل من وصوله الى الظاهرة وفائدته انه يحفظ الانسجة متقاربة الى بعضها حتى اذا حصل التقيح حصل بعده الالتحام بسرعة لان الضم يعاون الطبيعة على ذلك وينبغى فى هذه الطوارق ان يوضع فى اول الامر على الاجزاء رفائد مغموسة فى سائل محلل كمحلول اتشتات الرصاص اى خل الرصاص ثم تستعمل الوضعيات الملينة لمقاومة الالتهاب * واما رض الاجزاء الرخوة الظاهرة من الجمجمة فينشأ عنه اورام تتكون من ارتشاح الدم فى المنسوج الخلوى تحت الجلد وهذه الاورام يكون حجمها كبيرا او صغيرا على حسب كون سطح الجسم المحدث لها كثير السعة او قليلها وعلى حسب قوة الضربة ثم ان بعض هذه الاورام يكون صلبا متينا فى جميع سعته وبعضها يكون رخوا متموجا من مركزه * وكيفية تكون النوعين المذكورين من هذه الخراجات سهلة الادراك ففى النوع الاول يسرى الدم الخارج بسبب انفجار اوعيته من صدمة الجسم الراض فى هالات النسيج الخلوى تحت الجلد فيمددها وتتكون هناك كتلة فيها صلابة وفى النوع الثانى تصيب الصدمة او الضربة اجزاء النسيج الخلوى بانحراف فتفسدها او تمزق النسيج الخلوى الذى يكون فى مركز محل الضربة فينصب اليه الدم ويتكون ورما متموجا ارتشاحيا فى دائرة محل الرض فقط والاخلية الخلوية المتمددة منه تقاوم الاصبع اذا غمز به عليها * ومعالجة هذه الاورام الدموية اذا كانت معتدلة

الجروح الرضية

الرض

كيفية تكون الخراجات

المعالجة

الجم صلبة ان يضغط عليها بر فائد تغمس مرات كثيرة فى سيال رادع كالخل والماء المالح ويوضع فى وسطها قطعة مدورة من المعاملة او من اى معدن كان ويثبت هذا الجهاز بلفافة او نحو منديل وفائدة الضغط المذكور منع زيادة توارد السائلات وتقوية الامتصاص واذا كانت كبيرة الجم فلا ينفع فيها الضغط بل لابد ان تفتح ويخرج منها الدم الخاثر المنحصر فيها ثم يضم الجرح والاورام الصادرة من الاسلحة النارية ينبغى فتحها حالا لانه يندر ان تكون معها عظام الجمجمة سليمة من الكسر والنسيج الخلوى سليما من الفساد وذلك مما يصير منع حصول التهاب شديد او تقيح غزير محالا

الثانية كسر عظام الجمجمة

كسر عظام الجمجمة يصدر من اصابة الاجسام الراضة او من سقطة على الرأس فاذا كان الكسر حاصلا فى محل الضرب يسمى واصلا وان كان حاصلا فى محل آخر فى نفس العظمة او فى عظمة قريبة منها او فى العظام المقابلة لها يسمى غير واصل ويسمى ايضا رد الضربة والعظم لا ينكسر الا لضعف صلابته بالنسبة لقوة الجسم الصادم فاذا فرضنا ان الجسم الصادم اثر تاثيرا قويا فى نقطة من العظمة وكانت مقاومة تلك النقطة ضعيفة حصل الكسر اما اذا كانت مقاومة تلك النقطة قوية فان حركة المصادمة تسرى وتتسع حتى تنتهى قوتها فى محل اضعف من الاول وابعد منه فلا يحصل الكسر وعلامات كسر الجمجمة اما حسية واما عقلية فالحسية تشاهد بالبصر متى كانت العظام معراة بالكلية من الظاهر لانه يسهل حينئذ مشاهدة تفرق الاتصال بمجرد النظر سيما اذا كان هناك تباعد فى حوافيه فان كان الكسر مجرد شق وقع الاشتباه بينه وبين الدرز او التلم الذى يكون فى العظم لمحل الشريان او بينه وبين مجرد الشدخ الذى يحصل من الرض ولا يبلغ الكسر والجراح يندفع عنه اشتباه الكسر بالدرز بالمعارف التشريحية الدالة على تعيين محل الدرز واشتباهه بالآخرين باستعمال المبرد او النحاتة فانهما يزيلان جزأ من جوهر العظم به يزول الشدخ واثر محل الشريان

بخلاف شق الكسر فانه يبقى ولا يزول بذلك ويشاهد ايضا باللمس اذا حصل
الكسر فى عظام غير معراة وكان فى محل الجرح عدم تساو فى القطع العظمية
المكسرة والا بان كان الكسر على خط مستقيم فلا يدرك بالحواس ولا تكون له
علامات حسية ورض ما فيه شعر من جلد الرأس قد يتوهم حصول الكسر فيه
سيما اذا كان ثم ورم انصبابى ينخفض مركزه عند الغمز عليه والتشخيص يكون
حينئذ عسرا والعلامات العقلية يحيل بها اذا لم تظهر العلامات الحسية
بان لم يشاهد فى الاجزاء الظاهرة من الرأس آفة ظاهرة اصلا وتكون اولا بالبحث
عن جميع احوال العارض من كونه سقطة من محل مرتفع مثلا وعلى اى جسم
كان السقوط اوضربة وعن شكل الجسم المضروب به اوالراض وعن طبيعته
وعن مقدار القوة التى اندفع بها وعن الجزء المصاب من الرأس وثانيا بحلق الرأس
ثم تغطيته بضماد ملين وعند ازالته يبحث عن المحل المندى اكثر من غيره
وعن ان يكون احدث انتفاخا جزئيا فى الجلد مثلا ومن العلامات المعقولة
ما يتخذ مما يستشعر به المريض حال اصابته ككسر اناء وحس بألم فى بعض محال
عند هز الرأس بواسطة جسم يوضع فيما بين الاسنان ويحرك اوعند تحرك
الرأس من ذاته بغير ارادة ونحو ذلك وهذه لا تستحق الركون اليها الذى اثبته لها
بعض المؤلفين واما شق الاجزاء الرخوة الذى اوصى به لكشط العظم ولزيادة
تحقق وجود الكسر فلا ينبغى العزم على فعله الا بظن قوى يقضى بوجود
الكسر وموضعه ويقضى ايضا بالعوارض التى تصاحبه وهذا كله صادر من
توهم انه لا يمكن وجود كسر بدون انصباب دموى وحيث كان الكسر سببا
وعلامة للانصباب فليكن ذلك ضرورة موجبة للشروع فى استعمال الالة
الثاقبة * واما المعالجة فمتى كان الكسر بسيطا فى جروح الجمجمة ولم يظهر **المعالجة**
عنه عارض فلا تختلف عن معالجة تفرق الاتصال الذى يكون فى الاجزاء الرخوة
غير انه يجب هنا ان لا تضم حوافى تفرق الاتصال الظاهر باستحكام وان يجتهد
غاية الاجتهاد فى منع حدوث اعراض التهاب المخ واغشيته وان يحترس من شق
الاجزاء الرخوة الى حدود الكسر لان ذلك لا ينفع الا لاطلاع الجراح فقط وهو

مضر للمريض ثم ان انفصلت شظايا عظمية وذهبت نحو المخ وجب فى الحال الاجتهاد فى رفعها واستئصالها بان ينزلق طرف الملوق الصغير من تحت القطعة المنخفضة وترفع به فهو الرافعة الجيدة لذلك والالة الثاقبة هى الضرورية فى تسهيل تخليص الشظايا العظمية واستئصالها ثم بعد تتميم ذلك كله يداوى الجرح مداواة لطيفة ويسهل خروج السائلات المنصبة الى الخارج فان ذلك يقوى الطبيعة على الاخذ فى الشفاء واذا لم يظهر عارض مخى وجب بعد مداواة الجرح بما يناسب ان يوضع على الرأس جهاز متين يضغط على اسطحتها بلطف ويترك نحو ستة ايام او ثمانية مالم تحدث عوارض توجب الاستقصاء عن الاجزاء وهذه المداواة البسيطة القانونية كثيرا ما نفعت فى الطوارق الثقيلة جدا

الفصل الثانى فى آفات المخ واغشيته وهى خمس

الاولى جروح المخ

جروح المخ تحصل من آلات واخزة او قاطعة او راضة * فالواخزة لغلبتها او قهرها مقاومة عظام الجمجمة المانعة من دخولها المخ لابد من ان تكون مندفعة بقوة عظيمة وتكون ايضا ذات صلابة كثيرة فلذلك كانت جروح المخ الوخزية نادرة جدا والحربات بندق الرصاص والرماح ونصال السكاكين التى هى الفواعل الغالبة لا تقتصر فى الغالب حال نفوذها فى العظم على فتحة بسيطة فيه بل تحدث فيه فى معظم الاحوال كسرا كثير السعة او قليلها وقد شوهد انغراس هذه الالات فى العظام الجمجمية وثبوتها فيها بقوة عظيمة بحيث يكون استئصالها باليد محالا فحينئذ يستعمل جفت بسيط او كماشة صغيرة ذات يد ويحرك باحتراس بحيث لا ينكسر الجسم الغريب المراد اخراجه فاذا انكسرت الالة فى الجمجمة حذاء سطح العظمة وجب ان تستعمل الالة الثاقبة وتوضع بكيفية بها يستأصل الجسم الغريب مع قطعة العظم المنغرس فيها ذلك الجسم وبعد استخراج الجسم الواخز للمخ يداوى الجرح مداواة بسيطة وتستعمل جميع الوسائط القادرة على منع حدوث الالتهاب المخى كالحمية والراحة الكلية والفصد الموضعى بنحو العلق

جروح الالات القاطعة

المنكر والمشروبات الملينة لان هذه هى الوسائط القوية الفعل * والالات القاطعة هى التى اذا نفذت للمخ بعد قطعها الجلد وعظام الجمجمة شقته شقا غائرا كثيرا وقليلا واخوف العوارض التى تحصل حينئذ هو الانصباب الدموى فى باطن الجرح والتهاب الاجزاء المصابة وكلما كانت الافة قريبة لقاعدة الجمجمة وانزعاج المخ اكثر وشق هذا الغشاء غائرا كان الخطر اشد واثقل وقد شوهد فى المخ بعض جروح كثيرة السعة وشفيت بسهولة مع انه كان زال جزء من جوهر المخ ولم يكن الموت نتيجة لذلك ومتى كان خروج الدم المنبعث من الاوعية المخية المقطوعة والتقيح الذى لابد من حصوله فى الجرح كامداً تسير المرض الى الخارج سهلا شفى الجرح فى زمن قليل من غير ان تحدث عنه عوارض محزنة والذى يجب حينئذ فصد المريض والامر له بالحمية القاسية واستعمال المشروبات الملطفة واضجاعه على جهة الجرح لاجل منع انصباب الدم والصديد فى المخ ويداوى الجرح مداواة بسيطة ثم اذا لم تحصل عوارض اصلا فلا يحتاج لعملية جراحية البتة واما اذا لم يمكن خروج الدم والصديد الى الخارج ونشأ عنهما انضغاط فى المخ فيلزم توسيع فتحة الجمجمة بالالة الثاقبة * والالات الراضة هى فى الغالب

جروح الالات الراضة

المندفعة بواسطة البارود وشرح انواع الجروح الصادرة من الاسلحة النارية فى الرأس وتعدادها ربما كان تطويلا من غير طائل فان الرصاصة تارة تمر بسهولة فى احد قطار الجمجمة من غير ان تبقى فى محل دخولها وخروجها الا فتحات مستديرة بدون شظايا عظمية ولا فتات عظام وتارة تكون ذات قوة متوسطة فتزرع الرأس رجا شديدا او تحدث فى عظامه كسرا مستعدا وتختفى فى المخ واحيانا تحدث كسرا ثم تنعطف منثنية على الام الجافية سائرة فى جزء من دائر الجمجمة فيما بين هذا الغشاء وبين العظام المتصق عليها فتوجد الرصاصة فى المحل المقابل لنقطة دخولها واحيانا تبقى فيها بعد مجاوزتها هذه المسافة المنحرفة قوة كافية لان تخرج بنفسها وفى كثير من الطوارق يقف الجسم المندفع بعد كسره للعظام على اغشية المخ ويحتبس فى الفتحة التى فتحها وقد شوهد انه حصل من الرصاصة كسر صدعى وقوة تدفعها الرجت لان تنفذ منها بعض

المعالجة

زوايا في باطن الصدع فتجيب منها الاجزاء * واما معالجة جروح المخ فاول دلالة تستدعيها جروحه الصادرة من الاسلحة النارية هي استئصال الجسم المنقذف اوغيره من الاجسام الغريبة التي يمكن خفاؤها في الجرح الظاهر للجمجمة فاذا كانت الرصاصة ملتصقة جدا ومعظم دائرتها بارز من السطح وجب ان يغرز في وسطها بريمة الالة المسماة بجاذبة الرصاصة تستأصلها اما اذا كان معظمها تحت العظمة فلا يناسب ذلك لان القوة العنيفة العامودية التي يحيل بها على استخراج الرصاصة ربما صيرتها غائرة في المخ بسبب هتك الحواجز الضعيفة الماسكة لها بل الذي يناسب حينئذ ان يوضع على محل الرصاصة تاج الالة الثاقبة لتستأصل الرصاصة مع الجزء الماسك لها من العظم وينبغي ان يكون في هذا التاج الهرم الذي يؤثر سنه في الجسم الغريب كتأثير جاذبة الرصاصة فانه قد يدفع ذلك الجسم الى الباطن والذي ينبغي في هذه الحالة ان تؤخذ قطعة سميكة صلبة من مقوى اومن نعل ويفتح في وسطها فتحة مستديرة تسع تاج الالة ويوضع التاج في تلك الفتحة لتمنع زوغانه ويمسك تلك القطعة مساعدون نبها يحفظونها عن التحرك مطلقا واذا انفرطحت الرصاصة بعد اجتيازها في العظام وانغرست في الام الجافية فلا ينبغي استئصالها بعنف لان ذلك لا يتم بدون تمزق الغشاء المذكور بل ينتظر استئصالها بالتقيح اوتستأصل مع الجزء الحاوي لها من ذلك الغشاء واذا وقف الجسم المقذوف في المخ فليسبر مسبرة بمسبار ذي زر مع الاحتراس الزائد فاذا علم محله وسعت فتحة العظم بالالة الثاقبة اوبالسكين ذات العدسة ثم يحيل على التقاطه بجفت يدخل مطبوق الشعبتين ولا يفتح الا عند القبض عليه وهكذا يفعل في استئصال الاجزاء العظمية وغيرها من الاجزاء الغريبة المنحصرة في الجرح ومن المهم الذي لا ينبغي ان يغفل عنه الجراح ان الطوارق التي تقف فيها الرصاصة على المخ تكون الفتحة التي دخلت منها ضيقة حيث كانت مستديرة لا تكسر في حوافيها فلا يمكن اخراجها منها سيما اذا احتيج في اخراجها بنحو جفت يقبض عليها فعلى الجراح في مثل هذا ان يبتدئ دائما قبل الاجتهاد في استخراج الجسم الغريب بتوسيع فتحة العظم

امابإستئصال الشظايا العظمية ان كانت موجودة اوبإستعمال الالة الثاقبة ومكث الرصاصة فى المخ وان كان الغالب موت الجريح منه الا انه قد شوهد الشفاء فى احوال كثيرة منها كان يظن ردائتها بتاوقع فيها اليأس من معيشة الجريح واى جرح حصل فى المخ من جسم راض فلابد من تقيحه فينبغى المبادرة بفتح سبيل يخرج منه القيح قبل حدوث عوارض ثقيلة والتقيح فى جروح المخ الرضية لابدوان يسبقه التهاب فيه فينبغى ان يستعمل لمن الوسائط الصحية والشفائية ماهوانفع لتلطيف شدة الالتهاب اومنعه وكثيرا ماشوهد ان المخ اذا انعرى اواصيب بافة غائرة يلتهب ويتيبس ويتغطى بازرار خلوية وعائية كالتى تحصل فى غيره من اجزاء الجسم يسيل منها قيح كثير وتعين على تكون الالتصام لكن لهاميل غريب للنمو والخروج من فتحة العظام كان للمخ ميلا لذلك فاذن ينبغى حجزها وصيانتها من ذلك بان يوضع فى احدى الرفايد المهيئة لمعالجة الجرح صفيحة من نحو مقوى لتكون بواسطة ضغطها المطيف بمنزلة عظام الجمجمة وبعد شفاء الجرح ينبغى ان تصان الجهة المصابة بقطعة من جلد مغلى لتحفظها عن ان يحصل فيها فتق مخى ومن المشاهد النادر فى جروح الرأس التى تعرى فيها المخ انه يلين وينتفخ جدا ويكون منه خارج فتحة الجمجمة اورام كبيرة اذا كشطت تتولد ثانيا بسرعة هذا وبقية المعالجات التى تستدعيها جروح الرأس سهلة جدا فتغرق الالتصاق يداوى مداواة لطيفة بجواهر ملطفة ويضطجع المريض على الجانب المصاب وكل من حلق شعر الرأس واستعمال الضمادات الملينة وبقية الوسائط المعدة لتلطيف تهيج الاجزاء وتسكين آلامها هو اللازم هنا كما فى جميع الجروح الثقيلة فى الجمجمة

الثانية ارتجاج المخ

ارتجاج المخ من اثقل العوارض المصاحبة لجروح الراس وهو نتيجة ضربة اوصدمة واصلة اوغير واصلة فالواصلة هى التى تحصل من فعل جسم غريب اومن سقطة على الرأس وغير الواصلة هى التى تحصل من سقطة على الاقدام

او المركب او المجيزة وهي اقل خطرا من الاولى غالبا لان النتائج فيها تتناقص بسبب مرور الحركة في المفاصل واما الواصلة فليس فيهما ما ينقص الحركة المتصلة والذى ينتج من هذين النوعين ارتجاج في جوهر المخ قد يقوى حتى يتسبب عنه فساد بنيته والارتجاج المذكور يكون على درجات فادناها يتسبب عنه طيش سريع الزوال او ابصار شرر واقواها يتسبب عنه الموت حالا فالشخص الذى يرتج مخه ارتجاجا قويا يسقط مغشيا عليه ويفقد منه الحس والحركة ويصفر وجهه ويصير نبضه بطيئا ضعيفا وكذا تنفسه وتقل حرارة جلده عن الحالة الطبيعية وكثيرا ما يخرج من انفه وعينيه واذنيه دم ثم بعد زمن ما اما ان تزول هذه العوارض تدريجيا او يعقبها عوارض التهاب المخ ونتائج الارتجاج دائما تضعف او تزول كلما بعدت عن زمن حصوله لكنها دائما تكون متبوعة برد فعل العضو المصاب وبعوارض تهيج ينبغي ان يستقصى عن ظهوره مع التأنى فان ظهر قووم بقوة واول ما يستعمل عقب ارتجاج المخ من نحو ضربة على الرأس ان يقاوم بالمنبهات الظاهرة كنسعيط الاملاح وروح النوشادر ودلك الجلد والحقن المهيجة ونحو ذلك وان تحلق الجمجمة كلها ليستقصى عنها باتقان واما المنفطات على القفا وجلد الجمجمة فقد تنفع ما دام الارتجاج موجودا وحده اما اذا اعقبه التهيج فينبغي استعمال مضادات الالتهاب

الثالثة الالتهاب الجرحي في المخ واغشيته

اكثر ما يخشى منه عقب جروح الجمجمة حدوث تهيج الدماغ واغشيته فينبغي ان يتدارك قبل حصوله بالانتباه الكلي والذى يعرف به التهاب الاغشية صداع شديد مصحوب بقيء وحمى واحمرار في الاعين ووجازة في الكلام وارتعاش في الصوت وكون الحركات تشنجية متواترة غير ارادية وكثرة الهذيان وتعقبه حالة تشبه حالة السكر ويتغير الوجه ويتهزل وتتسع الحدقة وتختل الوظائف الذهنية او تقف وتضعف الحس من جميع الجسم ويحصل في الاطراف صلابة او شلل يكون مسبوقا ببعض الاعراض المذكورة والذى يعرف به التهاب الدماغ

صداع يكون فى الابتداء موضعيا ثم يصير عموميا ويوجب المريض لان يضع يده
على المحل المصاب ويصاحب هذا الالم غثيان وقيء ودوار وانحطاط فى القوى
العقلية وفى الجسم وارتفاع فى النبض فيصير مشرفا صلبا متواترا ويصير
النوم غير هادئ ثم تظهر انقباضات امادائمة اومتقطعة فى عضلات احد جانبى
الجسم كله اوفى احد اقسامه فقط ويضعف الفهم وتحمر الاعين وتلمع وتتألم
الحدقة جدا من الضوء وقد تضيق حدقة الجانب الذى فيه العضلات منقبضة
اومتشنجة وينخفض جفن العين من ذلك الجانب بسبب انقباض العضلة
الحجاجية وتنجذب زاوية الفم الى الوحشية ويميل الراس الى تلك الجهة ايضا
وبعد هذه العوارض تحصل عوارض اخرى هى ان تصاب العضلات بالشلل
بعد انقباضها اوتشنجها بقليل ويبقى الجفن منكسا بسبب شلل العضلة
الحجاجية وتصير زاوية الفم المجذوبة الى الوحشية مهطلة وتنجذب الرأس الى
الجانب المقابل للجانب الذى كان مائلا اليه وتتسع الحدقة ويضعف الحس
اويفقد فى هذه الاجزاء المختلفة وكثيرا ما يشاهد مع ذلك ايضا اعراض التهاب
اغشية المخ والاحتقان والتهيج المعدى المعوى واعراض التهاب اغشية المخ
كثيرا ما تختلط باعراض التهاب المخ لان هذين الداءين اما ان يوجدا متعاقبين
اويوجدا معا وهو الغالب وتمييزهما بعضهما ليس بمهم جدا من حيث ان
معالجتهما واحدة على كلتا الحالتين * واما المعالجة فاذا اصيب شخص بجرح المعالجة
فى الجمجمة وحصل له بعض نجر اومشقة وجب ان يمنع عن جميع المأكل بالكلية
سواء كانت جامدة اومائعة ويؤمر له بالمشروبات الملطفة والحقن المسهلة برفق
ويستعمل فصدا اوفصدين على حسب قوته وثقل الجرح ويستمر على استعمال
هذه الوسائط وعلى مداواة الجرح بحسب المناسب له منتظرا ما ينتج من
اجتهادات الطبيعة والالتهاب المخى على الخصوص يعالج من ابتداء ظهوره بفصد
الوداج وفى كلا الالتهابين يوضع العلق بكثرة على محل الضربة والسقطة ثم بعد
سقوطه توضع المكمدات الملينة فانها تعين على خروج السيال عن محل القرص
ولا ينتقع عن الحمية والملينات والحقن المهيجة واما الاستحمامات المخردلة والنزق

الدردلية وبقية المصرفات الجلدية فقد يكون فيها نفع ومتى كان الالتهاب مستمرا لامن وجود سبب موضعى مهيج فيندر ان لا يزول من هذه المعالجة ومتى اعقب الارتجاج التهاب وجبت مقاومته حين مايشرف النبض وتضرب الشرايين السباتية باشد قوة والاعين والوجه يحمران وتزيد حرارة الجلد

الرابعة خراجات الكبد

كثيرا ما يتكون عقب جروح الرأس خراج فى الكبد وهذا الخراج ليس صادرا من ارتجاج هذا العضو عقب جروح الرأس حال السقطة المسببة لجرح الرأس كما زعم ذلك بل هو دائما نتيجة تهيج سمبانوى فى المعدة والاثنى عشرى والكبد ويمنع حصول هذا الخراج بالمشروبات الملينة والحمية وتستعمل معالجة الالتهاب المعدى الكبدى مصحوبة بمعالجة تهيج المخ

الخامسة انضغاط المخ

اذا استعملت المعالجة المذكورة آنفا بقوة كافية ولم تزل الاعراض المخية باقية دل ذلك على ان الدماغ اولفائفه متهيج من اسباب ميخانيكية مستمرة فقط وحينئذ فالشفاء لا يتم الا بازالة هذه الاسباب التى هى هبوط عظام الجمجمة والشظايا العظمية والاجسام الغريبة والانسكابات الصديدية اوالدموية وفى هذه الحالة الثقيلة ينبغى ان يبحث بتأن وانتباه عن الجمجمة كلها بعد حلق شعرها فيستقصى عن محل الضرب اوالسقطة اوبقية المحال المتألمة اومحل ما يكون هنالك خدر وبعد وجود محل الآفة اوظنه تشق الاجزاء الرخوة وتكشف العظام ويبحث بانتباه عن سطحها فان كان الانضغاط من هبوط العظام الجمجمية على المخ اجتهد فى رفعها عنه بواسطة مسواط اوآلة رافعة فان لم يتمكن من ذلك بهاتين الالتين استعملت الالة الثاقبة واذا كان من شظايا عظمية استوصلت بسهولة من غيران يضطر لاستعمال الثاقبة اما اذا لم تشاهد آفة ظاهرة فى العظام الجمجمية فيمكن ان يظن حينئذ ان هنالك انصباب صديدى اودموى لكنه يعسر تحقيق وجود الانسكاب وتعيين مجلسه بيقين فينتج مماذكرا

كله ان القواعد الاتية يصح ان تكون اساسا المعالجة جروح الرأس وان يكون من المهم اظهارها وتوضيحها الان هذا الجزء من الجراحة لم يزل في ظلمة الخفاء علما وعملا

فالاولى من القواعد المذكورة انه لابد في جروح جلد الرأس من ان تضم حالا اذا لم توجد في العظام فتحة اصلا فان وجدت فلتداوى بدون ضم وينتظر التحامها مع الاجتهاد في منع ظهور العوارض وحدوثها

الثانية انه متى كان الجلد غير منفصل فلا ينبغي شقه الا اذا لم يستشعر بعدم استواء العظام بعضها من خلفه الدال ذلك على الكسر او بهبوط بعض قطع او شظايا او بانفتاح بعض تداوير او بعض اعراض انضغاط المخ

الثالثة انه ينبغي في ارتجاج المخ ان تستعمل دائما المعالجة الموصى بها في هذه الافة التي لا تستدعي استعمال عمليات في الرأس ولا شق الجلد ولا ثقب العظام ولا غير ذلك

الرابعة انه حيث كان حدوث التهاب المخ واغشيته هو المرض الذي يخشى منه اكثر من غيره في جروح الرأس فالذي ينبغي للجراح ان يجتهد في منع حدوثه بواسطة استعمال مضادات الالتهاب والمصرفات

الخامسة انه متى هبطت بعض شظايا عظمية نحو المخ وجب رفعها قبل حدوث العوارض لان الغالب انها لا تفتر عن احداث تلك العوارض بسبب التهييج الذي ينشأ عن وجودها

السادسة ان الشقوق الكثيرة السعة او القليلتها سواء كانت القطع العظمية فيها متباعدة عن بعضها او باقية على وضعها الطبيعي لا تستدعي وضع الثاقبة الا اذا ظهرت اعراض توجيه

السابعة انه متى حدثت في الايام الاول عقب جروح الراس الاعراض الناشئة من انضغاط المخ واكتسبت سريعا انسدادا عظيما ولو استعملت الوسايط العمومية المذكورة وجب ان يثقب بالالة الثاقبة المحل المضروب او المحل المظنون بانه مجلس الكسر او الانصبابات

الثامنة انه لا يضطر لفتح الجمجمة في الغالب الا اذا كانت المعالجة المضادة للالتهاب والمصرفة المستعملتين بقوة غير كافية واخذت الاعراض في الزيادة او استمرت على درجتها وحينئذ فلا ينبغي التوانى في تميم هذه العملية لانه كثيرا ما يزول السبب الحافظ للتهيج او الموجب لزيادته في الشدة بمجرد عملها

التاسعة انه متى تحقق وجود سيال تحت الام الجافية وان لم يشاهد في سطحها شئ وجب شقها شقا صليبيا ثم ان لم يوجد انصباب على العنكبوتية ووجدت تلافيف المخ كانها مضغوطة وصار لونه احمر زيادة عما هو في حالته الطبيعية وبارزا عن حدوده الطبيعية فلينفذ الجراح في جوهر المخ مشرطا يغوص به فيه بعض خطوط ليفتح للصديد المنحصر مسلكا يخرج منه وهذه العملية يندر نجاحها ومع ذلك فاذا مست الحاجة اليها ينبغى ان تستعمل

العاشرة انه اذا خاطر الجراح في فتح الجمجمة متوهما ان فيها انصبابا من غير ان يكون هناك علامات كافية لتحقيق محل الانصباب كان عادلا عن طريق العدل والصواب بل الذي على الجراح انه ما دام الداء مجهولا ان يترك الداء الطبيعته ويخلى الشخص ونفسه لا يعذب بتجربات غير نافعة لان ذلك مما يزرى بشرف الجراح والصناعة

الكلام على عملية ثقب الجمجمة

الجهاز الكامل الذي يجهز لهذه العملية اولا مشرط عريض لشق الاجزاء الرخوة ثانيا منقاب منشارى ثالثا مخمات رابعا جملة تيجان مختلفة الجسم مع اهرامها ومع المفتاح لمعرفة كها خامسا عامود المثقاب سادسا جاذبة ما في القرار سابعا سكين بعدسة ثامنا عتلة بسيطة وعتلة بثبت المصححة من المعلم لوبر تاسعا جملة مناشير صغيرة هلالية عاشرا كاشات قاطعة حادى عشر جفوت ثاني عشر ملوق وبعض مناكش معدة لتنظيف تاج المثقاب وفتحة العظم ثالث عشر مجراد * واما مداواة الجرح فيجهز لها قطعة من خرقة مقطوعة قطعا استداريا اكبر من التاج المراد استعماله ويجعل في وسطها خيط من دوج طوله جهاز مداواة الجرح

طريقة العملية

بقدر الحاجة ونسالة رفيعة وبعض رفائد ومنديل مطوى على هيئة مثلث اولفافة
بسيطة مطوية طيا اسطوانيا * واما طريقة العملية فقبل ان يبتدأ بشئ
ينبغى ان لا توضع الالة الثاقبة على مسير التدار يرسيما التدار يز المحاذية لجيوب
الام الجافية ولا على اسفل الجزء المتوسط من المؤخر ولا على الزاوية السفلى
للجداريين ولا على الجيوب الجبهية مالم يضطر لذلك وان يستلقى المريض على
الجانب المقابل للمحل الذى تعمل فيه العملية اويجلس اذا كانت العملية فى
قفا الجمجمة وفى الحالة الاولى تثبت رأسه على صدر مساعد وتكون مرتكزة على
وسادة يوضع تحتها لوح من خشب ليتكون من ذلك سطح صلب وبعد حلق
الشعر يعرى العظم اما بتوسيع الجرح اوشق الجلد شقا صليبيا اذا كان سليما
اوتائيا اوقو يا على حسب ما يناسب ثم تنفذ الالة القاطعة الى ان تبلغ سطح العظام
لكن مع الاحتراس من ادخال سن الالة فى الكسر وبعد هذا الشق تقلب الاهداب
ويوقف النزيف اذا كان غزيرا بمساعد يضغط على الشريان المنفتح اويربطه
ثم يفصل السمحاق الجمجمى من قاعدة الاهداب ويستأصل بالمنحات وبعد
تعيين المحل الذى يستحسن لوضع الالة الثاقبة تغطى الاهداب بعصائب من
قماش تهيأ لحفظها منقلبة ومصانة عن تاثير الالات ثم يمسك تاج المثقاب
موشحا بهرمه ويضعه مائلا على المحل المراد ثقبه ثم يرفعه شيأ فشيأ حتى يصير
عاموديا مستقيما ثم يبرمه برمتين او ثلاثا على محوره ليعلم بذلك المحل الذى ينبغى
فيه وضع الثاقبة وبعد تميم ذلك تركب الثاقبة على عمود الالة التى تمسك باليد
اليمنى كمسك قلم الكتابة ويوضع سن الثاقبة فى الثقب الذى احدثه الهرم ثم تعدل
الالة الثاقبة لتكون متجهة اتجاها عاموديا مستقيما على سطح العظم
ثم توضع الجبهة على التفاحة التى تنتهى بها الالة من اعلى وتثبت باليد اليسرى
ثم يمسك باليد الثانية وسط العامود ويبرم من اليمنى الى اليسرى حتى يعظم
الثقب المتكون من الثاقبة بالكفاية ليقبل الهرم فحينئذ تؤخذ الالة الثاقبة
كقلم الكتابة وتزال من اعلى الجمجمة لتعاد ثانيا بعد ابدال الثاقبة بالتاج الذى
استعمل وتمسك الالة ثانيا كالمسك الاول ويدخل الهرم الذى يعلو عن التاج

في الثقب المعمول بالثاقبة ثم يبرم العامود من اليمنى الى اليسرى وتكون البرمات الاول بطيئة ويزاد في سرعتها كلما اخذ التلم الحلق في التكون مع الاجتهاد في كون الآلة دائما محفوظة بحفظا عموديا مستقيما على سطح الجمجمة ومتى ظن ان التلم صار غائرا غورا كافيا بحيث ان التاج لا يمكنه الزوغان رفعت الآلة بادارتها نصف دورة من اليسرى الى اليمنى ويزال منها الهرم ثم ان كان القصد استعمال جاذبة القرار لتستأصل بها قطعة العظم التي حددها التاج اغتنمت هذه الفرصة ليوضع فيها سن الآلة من الثقب الحاصل من الهرم وتبرم فيه حتى تتشبث تشبثا متينا ثم تزال ويوضع الآلة الثاقبة ثانيا وتبرم ثانيا كما ذكر وبعد زمن فزمن ترفع لتنظف بالفرشة او بمنكاش الاسنان وليتحقق غور التلم واستواؤه وكلما ادرك ان القطعة العظمية اخذت في التخلخل وتناقصت في المقاومة التي كانت تكابدها ابطئ بحركة البرمة فاذا ظهر ان قطعة العظم تخلصت ادخل فيها جاذبة القرار لتستأصل ولكن قد يستعمل بدلها في ذلك بتجاح العتلة البسيطة التي من النوع الاول وبعد ازالة العظم اذا شوهد عدم تساوي الفتحة نحتت دائرتها بالسكين ذات العدسة مع الاجتهاد في ان لا ترتكز بزرها على السطح الباطن للجمجمة لئلا ينضغط المخ ثم يفعل بحسب ما يرى من الاحوال فاذا وجد انصباب دم او صديد وان الفتحة الواحدة لا تكفي في تسهيل خروج السيال المذكور عملت جملة فتحات بحسب الحاجة ومع ذلك فالاجود ان يكتفي حسب الامكان بفتحة ثانية مقابلة للاولى وذلك اولى من ثقب الجمجمة من جملة محال واذا لم يكن هناك انصباب بين العظام والام الجافية وكان هذا الغشاء متوترا ماثلا للسواد ومكونا الارتفاع مع تموج امكن فتحه بشرط يغوص به غوصا عموديا واذا كان هناك شظايا عظمية غائرة ولم يمكن رفعها ولا استئصالها وضعت الآلة الثاقبة لتضع جملة تيجان ثم استؤصلت الاجزاء العظمية الفاصلة بينها بالكاشطة القاطعة والشظايا المتحركة ترفع بالعتلة التي هي بحسب الظاهر انسب من غيرها في ذلك والشظايا الزائغة عن محلها والمستعدة للغور تقطع من قاعدتها اما بالآلة الثاقبة

اوبمنشار صغير حلقي والشظايا النافذة في الام الجافية والمخ تستأصل بقدر الامكان بالجفت واذا تعسر ذلك بسبب ضيق الفتحة التي فتحت في الام الجافية وسعت لتستخلص وهنا الجراحون يبدلون استعمال المنقاب بوضع التاج باستقامة موشحا بهرمين والانجليزيون يستعملون آلة اخرى تسمى بالنفاذ وهو نوع من المنقاب يكون الثقب به باليد * واما كيفية مداواة الجرح بعد العملية فيكتفي اذا لم يكن هناك الا فتحة واحدة في الجمجمة من المنقاب ان ترجع اهداب جلد الجمجمة الى وضعها الاصلي ما دامت حالة الاجزاء الرخوة ممكنة من ذلك ثم تغطى بنسالة جافة ورفايد فقط لكن الذي ينبغي اعتمادا على رأى معظم المؤلفين ان تكون مداواة الجرح على هذه الكيفية وهي ان توضع قطعة الخرقة المقطوعة قطعا استداريا المذكورة آنفا مدهونة على الفتحة بدون ان تدخل فيها وتغطى بنسالة رخوة وضع عليها بعض رفائد وتثبت ويحفظ جميع ذلك بمنديل مطوى طيا مثلثا او بلفافة تلف عليه وتثبت ببعض دبابيس في طربوش المريض وبعد مداواة الجرح على نحو ما ذكر يوضع المريض وضعا غير متعب له ويعالج بمعالجة كافية لا في تدارك حصول الحمرة وحدها في جلد الجمجمة التي هي داء ثقيل كثيرا ما يصاحب جروح الرأس بل ايضا في تدارك التهاب المخ واغشيته والجروح المتقيحة ينبغي ان تداوى في كل يوم مداواة اعتيادية حتى يتم الالتحام بل ينبغي توقيتها بعد الالتحام ايضا بواسطة صفيحة من مقوى او من جلد مغلي يحملها المريض دائما على محل الالتحام والله اعلم

كيفية المداواة

الكتاب السابع في آفات جهاز الحركة الانتقالية

اعضاء الحركات الانتقالية هي العضلات وما يتعلق بها والمفاصل والعظام وقد جعلنا الآفات كل عضو من هذه الاعضاء فصلا يتكلم عليها فيه وجعلنا الفصل الاخير من هذا الكتاب لبتر الاطراف الذي هو آخر حيل الجراحة المستعملة في عدة من الامراض قد ذكرت سابقا فلذا كان في هذا الكتاب اربعة فصول

الفصل الاول في آفات العضلات وما يتعلق بها وهي ثمان آفات

الاولى هتك العضلات من ذاتها

هتك العضلات من ذاتها يصدر من شدة انقباضها بعنف ويمكن ان يكون من سوء الاتجاه الذي تكون عليه في وقت الانقباض والهتك قد ينتج منه قرحة باطنية هي في الغالب مرض ثقيل جدا ومن اللطف الخفي ان هذا العارض نادر جدا ومن الحركات العنيفة جدا ما تتكسر منه العظام وتنهتك الاوتار لكن من النادر انهتاك الليفة العضلية الحقيقية من افراط انقباضها وفي حال الهتك يحس بألم شديد وكثيرا ما يسمع بقرقعة فيفقد المريض القدرة على تحريك المحل المصاب والهتك الكثير السعة نادر جدا واكثر منه الهتك في قليل من الالياف ومن الذي يستشعر حال الهتك بألم شديد في القطن اذا كان جذعه منحنيا جدا واراد نصبه دفعة واحدة وهذا الالم يكون شديدا في اول برهة ويزول بعد ايام قليلة وقد يستمر زمنا طويلا ويكون مستعصيا واكثر مشاهدة هذا الهتك في عضلات بطن الساق وهذه العضلات وان كانت قوية جدا بسبب كثرة اليافها وكون وظيفتها تحمل الحركات العنيفة جدا الا انها في شدة انقباضها تنهتك وترا كيلة اي العرقوب وتكسر العقب لكن الاغلب ان يكون الهتك مقصورا على بعض الياف منه * واعراض الهتك الموضوع من الحذر بعضلات في بطن الساق وحس بوجع شبيه بالوجع الصادر من ضربة قوية الاعراض

وقد

وقد نسب معظم المؤلفين هذه الاعراض لهتك وتر العضلة الاخمصية الرفيعة

المعالجة * وقد استعمل فى معالجة هذا الهتك العلق والمكمدات والاستحمامات الملينة لكن الدلالات الشفائية الرئيسة فى ذلك هى تسكين الالم قبل حصول الانتفاخ وبقية الاعراض وذلك بان يوضع حوالى الساق محلول قوى من خلاصة الافيون الصمغية ويكرر ذلك كل يوم والكمية منها درهم فى كل يوم يحل فى رطل من الماء وراحة العضو المصاب امر ضرورى ايضا وذلك بان يوضع وضعا به يكون مسترخيا

الثانية انفساخ العضلات

انفساخ العضلات وهو زوغانها عن محلها يحدث عن انقباضها العنيف فى حال كون الاجزاء موضوعة وضعا غير طبيعى فتتحرك هذه العضلات على خط مخالف لخط حركتها الطبيعى

العلامات * وعلاماتها الم وورم يحصلان حال زوغانها عن محلها وكونها موضوعة عقب الزوغان وضعا مخالفا لوضعها الاصلى ومعالجته ذلك ان يستعمل التكبيس والدلك الخفيف برفق على المصاب منها مع استعمال الجواهر الخفيفة المضادة للتشنج واذا استطال زمن الزوغان وجب العلق والاستحمامات والضمادات والمكمدات الملين كل منها فبعد هذا يشاهد سريعا رجوع العضلات الى وضعها الطبيعى واسترخاؤها وخروجها من حالة انقباضها العنيف الذى كانت عليه

الثالثة الفتق

قد يحصل فى العضلات فتق حقيقى بسبب تمزق الاوتار العريضة الصفيقة المشدودة المحيطة بالاطراف او المغطية لبعض اقسام الجذع ثم ان كان الجلد مع ذلك متمزقا والورم المتكون من فتق العضلات عظيما وجب ان تطلق فتحة الوتر العريض لتدارك الالتهاب الشديد المصحوب بالاختناق وان كان الجلد سليما وجب فى اول الامر استعمال الفصد العام والموضعى والوضعيات الملينة وبقية الوسائط المضادة للالتهاب فان باستعمال هذه الوسائط تزول جميع

العوارض غالبا فان استعصى الورم وكان صلبا ملتهبا ومؤلما وجب تعريضه بواسطة شق طويل فى الجلد ثم تستعمل عملية الاطلاق من قاعدة الورم اما اذا لم يظهر الفتق الا بورم يظهر حال انقباض العضلة فقط وكان المه ضعيفا كما ذكرنا منه بعض امثلة عقب الجروح فيجب ان يوضع على الجهة المصابة لفافة ضاغطة لتنوب عن فعل الوتر العريض لكونه زال جزء من فعله

الرابعة التيتنوس الجرحى

التيتنوس داء اختلاجى تشنجى يصيب المجموع العضلى الظاهر كله او بعضا منه وفى الحقيقة هو نتيجة تهيج عصبى وهو من الداءات الخطرة جدا المصاحبة للجروح والقروح ويسمى باسماء مختلفة باختلاف انحناء الجزء المتسبب عنه فان كان انحناؤه الى الامام سمى انبروتيتنوس اى التيتنوس الامامى او الى الخلف سمى اوبى تيتنوس اى التيتنوس الخلفى او مائلا الى احد الجانبين سمى بلوروتيتنوس اى التيتنوس الجانبى وان كان المصاب العضلات المقدمة والخلفية معا فى آن واحد لكنها حافظة للجذع على وضع مستقيم معتدل سمى ذلك بالتيتنوس العام او المستقيم واما الكزاز فهو التقارب التيتنوسى اى التشنجى للفكين ويكثر حصول التيتنوس فى البلاد الحارة ولا يصيب الا الاشخاص العضليين اصحاب المزاج العصبى * وينشأ فى الغالب من دخول جسم غريب فى الجهات الكثيرة الحس كالاقدام والايدى ومن الجروح المصحوبة بالتمزق ومن لدغ بعض الحيوانات ومن الحرق ومن العمليات الجراحية والكسر التفتتى وخلع المفاصل الرزية المصحوب بهتك الاربطة والاوتار وقد ينشأ من المعالجة الغير الجيدة للجروح ومن وضع الاجسام المهيجة على الجروح او تعريضها زمنا طويلا لتأثير الهواء واكثر حصول هذا الداء بعد الجرح بخمسة ايام او ستة وبعض الاحيان باسبوعين او ثلاثة * وكثيرا ما يظهر بالم وصلابة وتيبس وارتعاش فى المحال التى تبتدئ فيها الصلابة التيتنوسية خصوصا الفك ونقرة القفا والفم الخلفى وهجوم هذا الداء يعرف اما بقشعريرة او بظهور اعراض التيتنوس فى جهة من الجسم وكثيرا

الاسباب

الاعراض

ما تكون الجهات التي هي مجلس التشنج مجلسا للالام تكون غالبا في مسير النخاع الشوكي والقفا والفكين اشد منها في بقية جهات الجسم وهذه الالام تارة تكون خفيفة وتارة تكون في غاية الشدة وكثيرا ما يكون الصوت خفيا منشوشا والازدراد قد يكون سليما وقد يقف والاستمساك البطني في الغالب يكون مستعصيا والتنفس عسرا دائما ومتقطعا والنبض يكون بطيئا والحرارة لا تزيد عن حالتها وكثيرا ما ينقص افراز البول * ومدته تكون قصيرة اذا انتهى بالموت الذي كثيرا ما يحصل في الايام الاول او الساعات الاول اما اذا كان انتهاؤه جيدا فان مدته تكون اطول من ذلك جدا وهو الغالب ويندر زوال هذا الداء قبل عشرين يوما بل قبل نهاية الاربعين فتزول الصلابة تدريجيا من جهات الجسم واذا كان انتهاء الورم محزنا سعى الاختلاج الى الحجاب الحاجز ويموت المريض مختنقا * وانذار هذا الداء دائما ثقيل وقد استعمل لمعالجته معالجات كثيرة هي الاستفراغات الدموية والمقيئات والمسهلات والمعطسات والمعرقات والجواهر المرة والعطرية والمخدرة ومضادات التشنج وروح النوشادر والفوصفور والزيبق والاستحمامات الفاترة والكهربائية ونحو ذلك والتجربة قد اثبتت ان اجود هذه الوسائط استعمالا وتعقلا هو الاستفراغات الدموية عامة كانت او موضعية اذا تكررت كثيرا والاستحمامات الفاترة المستطيلة والمخدرات كالافيون الاشد تقاوة اذا تعوطى منه في اليوم كمية تزاد تدريجيا من ثلاثين الى اربعين قمحة والمعالجة القانونية للجروح والوضعيات الملينة المؤفونة ومما يزيل العوارض التشنجية ازالة كاملة الوسائط الجراحية كما شوهد ذلك من بتر عضو مكسور واستئصال الشظايا العظمية الغائرة او الجسم الغريب ورفع القطع العظمية الغائرة واطلاق الجروح وقطع عصب خدش من قبل

المدة

الانذار والمعالجة

الخامسة انكماش العضلات

العضلات قابلة لدرجة من التهيج خفيفة جدا اذا حصلت احدثت فيها انقباضا اعتياديا مستمرا غير ارادي به تكون العضلة المنقبضة تحت الجلد كحبل متوتر

ومنه التواء العنق

يؤلم في بعض الاحيان فتجذب الجهة وتثبتها على وضع غير طبيعي * وكثيرا ما ينشأ من هذا السبب الالتواء العنقي فاذا لم يزل هذا الانقباض بالوضعيات الملينة المخدرة والاستفراغات الدموية ولا الحركات اللايقة وظهران الحركة قد فقدت قدرتها على الانبساط وجب قطع العضلة المنكمشة بالعرض وذلك بان يشق الجلد بالطول من فوق هذه العضلة ثم ينفذ تحتها مجس قنوى وتقطع العضلة بالعرض بمشرط ثم يضم الجرح سريعا فيلتحم بسهولة لكن لابد في مدة الالتحام من وضع الجهة على وضع لائق بها لئلا يلتصق طرفا العضلة كما كانت اولا * وكذلك يفعل بوترا كيله في بعض انواع الالتواء القدمي فقد شوهد ان الوتر المذكور ينعقد نموه ويكون غير ظاهر فينصب القدم على الاصابع ويقلبه على الوجه الخلفي للساق فيشق الجلد بالطول من فوق هذا الوتر ثم يقطع الوتر بالعرض بالمشرط ويحفظ القدم على اعتداله الطبيعي حتى يتكون بين طرفي الوتر جوهر متوسط به يعود قدم المريض الى حركاته الاصلية

السادسة آفات الاوتار

لما كان تمتع الاوتار بالحيوية اقل من بقية انسجة الجسم البشري وكان انتعاشها بالحساسية والانقباض قليلا بقدر ضرورة الفعل الغذائي كان مرضها نادرا جدا فاوتار العضلات القابضة والباسطة من اصابع اليدين والقدمين لكونها طويلة يابسة رفيعة اذا جرحت او عريت من قرب الطرف الذي به تندغم في الاعضاء المذكورة لا تلتهب ولا يظهر فيها الم البتة واذا عرضت لتأثير الهواء انمحقت بالتفلس بخلاف غيرها من الاوتار فانها لكونها اكثر حيوية منها تلتهب وتلتصق متى جرحت لكن سير مرضها ردئ جدا

السابعة جروح الاوتار

اذا جرح الوتر بآلة قاطعة تسبب عنه مرض لا يختلف عن هتكه الا بالنظر للسبب والجرح الظاهر فان الوتر في كلتا الحالتين يزول اتصاله ويفقد القدرة على توصيل حركة العضلة فلا يمكن العضلة ان تتم الحركات التي كانت منوطة بها

والمعالجة هنا كمعالجة هتك الاوتار التى حيويتها عظيمة جدا بحيث تسبب الالتصاق فيكفى فيها حفظ مماسة طرفى الوتر المنفصل او المنهتك بواسطة هيئة الوضع والاجهزة الضامة وما سنذكره من الاجهزة اللازمة لفسخ العضلات الباسطة للقدم والساق والعضد من ذاتها او وافق تفرق اتصال الاوتار المذكورة الناشئ عن الالات القاطعة

الثامنة هتك الاوتار

هتك الاوتار هو تفرق اتصال فى الحبيلات الوترية من جذب العضلات المخصوصة بها جذبا عنيفا والذى شوهد هتكه على انفراده بالعرض هو وتر اكيلة ووتر العضلات الباسطة للساق والباسطة للساعد دون غيرها بواسطة الفعل العضلى وتسهل معرفة الهتك المذكور من الالم المصاحب له ومن كون المريض لا يمكنه ان يوجه عضوه الى جهة الوتر المنهتك ومن الانخفاض الذى يحس به فى محل الهتك اذ كان العضو المصاب عديم الحجم وغير غائر * وعلاجه يكون بتقريب طرفى الوتر المنهتك من بعضهما حتى يتماسا مماسة قوية ثم يحفظان على ذلك حفظا قويا * ثم ان وتر اكيلة اى العرقوب وان كان اقوى واصفق من بقية الاوتار الا انه معرض اكثر من غيره للهتك الذى يحصل من الانقباض القوى الفجائى فى العضلات الباسطة للقدم وذلك اذا كان تاثير قوة جذبها فى اوتارها اقوى من قوة تماسك اجزائها وهو كثير الحصول فى الرقاصين ويتميز الى كامل وغير كامل فالكامل يستشعر فيه المريض عقب الانبساط الشديد فى القدم بفرقعة فى الساق ولا يتمكن من الوقوف على القدم ولا من السير وبالجس يتبين تباعد طرفى الوتر عن بعضهما لما يرى من الانخفاض الفاصل بينهما حال تقريبهما من بعضهما بواسطة بسط القدم وانقباض الساق الذين ينقصان المسافة الكائنة بين الطرفين واما الهتك الغير الكامل فيستشعر فيه المريض بفرقعة تشبه فرقعة السوط ويحس بالم اوضح من الذى فى الهتك الكامل ويتمكن من السير لكن مع تالم وعسر * وعلاجه تكون بضم الطرفين

هتك وتر اكيلة

المنفصلين لبعضهما بان يبسط القدم على الساق بسطا قويا حال ثنى الساق برفق على الفخذ لاجل استرخاء العضلتين التوأميتين وبذلك يتم الالتحام سريعا لانه يمكن حفظ الطرفين متماسين بل تركيب احدهما على الاخر بتوصيل حركة انبساط القدم الى اعلى درجة ممكن * وقد اخترع المعلم بتيت لذلك جهازا هو نعل يصعد من اسفل كعبه شسع اى سير قوى يثبت من الخلف فى ابزيم مثبت فى قطعة من جلد تحيط بالركبة وبالجزء العلوى من الساق ويقوم مقام هذا النعل اللفافة الضامة للجروح المستعرضة ومتى شفى وتر اكيله بعد ثلاثين يوما او اربعين من وقت هتكه وجب على المريض ان يحترس مدة من الزمن من ثنى قدمه ومن بسطه خصوصا بانتصابه مرتكزا على اطراف اصابعه لئلا يسهل هتك وسط الالتحام الذى لم يبلغ درجة الصلابة اللازمة له بسبب قوة فعل العضلات التوءمية والنعلية * واما هتك اوتار العضلات الباسطة للساق وللرباط السفلى للرضفة فقد يحصل من حركة عنيفة برهية لهذه العضلات واسبابه وعلاماته ومعالجته قريبة منها فى كسر الرضفة فالتراجع هنالك * واما هتك وتر العضلات الباسطة للساعد فاسبابه وعلاماته وعلاجه قريبة منها فى كسر رأس المرفق فلتراجع هنالك

جهاز بتيت

هتك اوتار العضلات ورباط الرضفة

الفصل الثانى فى آفات المفاصل

انواع الافات الميكانيكية فى المفاصل المتحركة ثلاثة هى الالتواء والدياستازى اى الوثى والخلع ولا تختلف هذه الانواع الا فى درجة زوغان العظام * فالالتواء اندفاع فى عظام المفصل بقوة الى عكس مجراها الطبيعى ينشأ عنه انبساط شديد فى ذلك المفصل وهتك جزئى فى الاربطة ورض فى الغضاريف التى للمفاصل الديارترودية اى المتحركة للاغشية الزلالية المغشية لها فيتسبب عن ذلك عوارض التهابية كثيرة الثقل والالتواء يكثر حصوله فى مفصل الكف مع الساعد وفى مفصل القدم مع الساق وينشأ فى الاول من حركة عنيفة فى الكف او سقطة عليه اذا كان على غير الوضع الطبيعى وفى الثانى من خطوة غير مستقيمة ومن سقطة تميل القدم الى الانسية او الوحشية * ومعالجته تكون بغمس الجهة

الالتواء

المصابة

المصابة عقب الالتواء بسرعة فى الماء البارد القراح او الممزوج بالخل او فى اى سائل رادع ثم تركها فيه مدة ساعات وكلما اخذ الماء فى السخونة غير حالا ثم اذا ظهرت الاعراض الالتهابية استعملت الملينات والمسكنات بل الاستفراغات الدموية اذا مست الحاجة اليها * واما الدياستازى اى الونى فتباعد خفيف قليل بين عظمين مجتمعين اجتماعا مفصليا سواء كان جانجليميا اى مشبكيا جانبيا كما فى العضد مع الزند او أرترودياً اى تحركيا كما فى الجزء العلوى من عظمى الساق واما العظام المتصلة اتصالا لامفصليا امفيارتروديا كعظام الحوض اواتصالا اسينارتروديا كعظام قبوة الجمجمة والاسنان وغيرها فيحصل فيها تباعد خفيف قليل جدا يشبه الدياستازى والدياستازى قد يصدر من سبب باطن والاكثر حصوله من الضربات والسقطات والحركات العنيفة ونحو ذلك ويعرف من تباعد العظمين عند تحريكهما ومن الخلو الذى يكون فيما بينهما ومن عسر تحريك الجهة ومن الالم الناشئ من تحريكها * ومعالجته تكون بتقريب العظمين بجذب احدهما الى الاخر وابكبس عليه برفق ثم حفظهما متماسين بواسطة جهاز مصنوع على حسب حال الجهة المريضة * واما الخلع فهو زوغان العظام المتصلة اتصالا مفصليا دياررتروديا زوغانا ينشأ عنه مجاورة جديدة بين اطرافها والاجزاء المحيطة بها والاسباب المهيئة له اما حالة تشريحية للمفاصل واما تغير مرضى فى الاجزاء المفصلية او المحيطة بالمفصل اما بالنظر للحالة التشريحية فاكثر المفاصل قبولا له العضد لان رأسه موضوعة فى حق غير غائر اى عنابى ومحفظته الليفية قابلة للتمدد فلا تجعل لحركاته حدا ولذا كان زوغانه لجميع الجهات وخلعه اكثر حصولا من خلع العظام المحدودة الحركات بخلاف عظم الفخذ فانه لمتانة اتصاله المفصلى بالعظام الحرقفية لا بسبب غور الحقة الحرقفية فقط بل لصلابة المحفظة الليفية والرباط الباطنى منه ايضا يكون خلعه نادرا بالنسبة لخلع العضد ولما كانت الاطراف العظمية المتقابلة للمفاصل الجانجليمية اى كمفصل الساعد ومفصل الساق وغيرهما يقبل بعضها بعضا والاربطة الكائنة على جوانب المفصل تمنع لقوتها الزوغان الجانبى منعا قويا كان

خلعها في الغالب عسرا واذا حصل فيكون الى الجهة التي تكون فيها حركة
انقباض الطرف وانبساطه اسهل * واما بالنظر للتغيرات المرضية فالاسباب
المهيئة للخلع استرخاء الاربطة وشلل العضلات والايدرتروزى اى الاستسقاء
المفصلي وانتفاخ الغضاريف وانبراء الاربطة وتسوس الاطراف المفصلية لكن
اعتبارها اسبابا للخلع اقل من اعتبارها امراضا مستقلة تستدعى انتباها
مخصوصا * واما الاسباب المتممة للخلع فهي الحركة العنيفة للاطراف
المؤثرة فيها والضربات والسقطات والانقباضات الاختلاجية العضلية مع
بعض الاسباب السابقة * وكيفية حصول الخلع ان يجذب العظم بغتة في
حال كون محور جسمه اوطرفه على اتجاه منحرف عن السطح الذى به يتصل
اتصالا مفصليا اوبان يندفع في اول الامر من السبب الموجب للخلع وبدون
ماذكر لا تتم حقيقة الخلع فلو كان الذراع مسترسلا على جانب الجذع او كان الفخذ
قريبا من الفخذ المقابل له كان كل من رأس العضد ورأس عظم الفخذ محاذيا
باستقامة للتجويف الذى يأويه فلا يمكن الخروج من ذلك التجويف بتحريك
العضلات له ولو كانت قوة العضلات المؤثرة فيهما عنيفة بخلاف ما اذا كان
العضد اوالفخذ على خلاف ماذكر من الوضع فان كلا من مقاومة الارض لثقل
الجسم وفجأة تأثيره العضلات يقهر طرف العظم على ان يخرج من مفصله من
الجهة المائل هو اليها التي لم تكن فيها المقاومة فينخلع والجهات التي تنخلع اليها
عظام المفاصل الاستدارية كثيرة فان عظامها في الحقيقة تزوغ من جميع اجزاء
دائرة التجويف فيكون الخلع في هذه المفاصل الى الاعلى والاسفل والامام والخلف
والانسية والوحشية نعم هذه الاحوال طبيعية تصير الخلع الى جهة اسهل
منه الى اخرى وذلك كالشرم الوركي الخاص بتجويف الحقة الحرقفية المعدة
رأس عظم الفخذ فانه يسهل خروج رأس الفخذ منها وكانجذاب رأس العضد الى
ناحية الابط بواسطة العضلات المتينة فانه يصير خلعه الى هذه الجهة اسهل منه
الى غيرها لكون منع المحفظة له قليلا ونحو ذلك * ولا يحصل خلع المفاصل
الجانجليمية الا من اطراف القطرين المقدم الخلفي والمستعرض للمفصل اى

فيكون

فيكون الى جهتين متقابلتين فالساعد والساق والقدم مثلا لا ينخلع كل منها الا الى الامام او الخلف او احد الجانبين * ثم ان الخلع ينقسم الى كامل وغير كامل باعتبار سعة الزوغان وكون اطراف العظام متباعدة عن بعضها بالكلية او مماسة لبعضها ببعض نقط من اسطحتها فالكامل يكون فى المفاصل الاينارترودية اى الاستدارية كمفصل العضد ومفصل الفخذ لان تحدب رأس هذين العظمين وملاسته يمنعان من استمراره على حافة التجويف بل ينزلق بسرعة اما ليعود الى محله الاصلى او ليخرج عنه بالكلية فيكون الخلع كاملا * واما غير الكامل فيكون فى المفاصل الجانجليمية كمفصل العضد مع الساعد ومفصل الفخذ مع الساق وغير ذلك لان السعة العظيمة للاسطحة التى بها تلتئم هذه العظام وتوالى الارتفاعات والانخفاضات الكائنة فى الاطراف المفصلية وقوة الاربطة ونحو ذلك تمنع غالبا من كمال الخلع * والخلع يكون ايضا بسيطا ومركبا فالبسيط هو المصحوب برض عظيم او قليل فى الغضاريف الدياتروديه وفى الاغشية الزلالية المغشية لها او بتمدد فى الاربطة او انهتاك فيها او تمدد فى العضلات ورض فيها او بانضغاط فى الاجزاء التى اندفع اليها طرف العظم المنخلع والمركب هو المصحوب بجرح اوكسر او شلل او ذيعا وكدم او انفيزيما او غير ذلك * وعلامات الخلع اما عقلية او حسية فالاولى هى التى تستنتج من الاحوال التى سبقت حصول العارض كالسقطة او الحركة العنيفة او الضربة او غير ذلك ومن الالام ومن عدم القدرة على تحريك الجهة والثانية تستنتج من الاستقصاء عن تغير شكل العضو وطوله او اتجاهه تغيرا كثيرا او قليلا ولا يعرف هذا التغير الا بمعرفة شكل الاجزاء المفصلية وتنوآتها القرنية وعدد العضلات الكائنة فوق المفصل او المجاورة له وشكلها واتجاهها معرفة جيدة * وانذار الخلع يكون بحسب المفصل الحاصل فيه الخلع وبحسب الاحوال المصاحبة له فان خلع المفاصل الاستدارية اقل رداءة من خلع المفاصل الجانجليمية والخلع البسيط الجديد الناشئ عن اسباب بادية قل رداءة من المركب العتيق الناشئ عن اسباب باطنة ونحو ذلك * وعلاج

الخلع لايخالف على الاطلاق علاج بقية انواع الزوغان وهو منحصر فى رد
العظام الزايغة وحفظها فى حدودها ثم معالجة ما يصاحب هذا الزوغان ويلزم فى
الرد المذكور لاجل ارجاع الأسطحة المفصلية الى مجاوراتها الاصلية الطبيعية
ان تفعل حركات ثلاث هى الشد والشد المقابل والتطبيق فالشد حركة
جذب قوية تفعل فى الجزء السفلى من العضو المنخلع وينبغى فيه لاجل تخليص
العظم من الوضع المعيب ان يكون قويا بحيث يسهل رجوع العظم الى تجويفه
المفصلى وان تكون قوة حركة الشد على حسب شدة المقاومة الحاصلة من العضلات
للشد وان يكون الشد مؤثرا فى سطح كبير السعة لئلا ينسلخ الجلد وان يكون من
طرف العضو لئلا تضغط العضلات المحيطة بالمفصل المنخلع واذا اضطر لان يكون
الشد قويا جدا وجب فى اول الامر ان يحاط الجزء المراد مسكه من الطرف
بلفافة مستديرة مبتلة او بنسالة اوقطن ثم توضع على ماذكر اللفافة التى بها يحصل
الشد والغالب ان يكون من جملة مساعدين كثروا اوقلوا وهناك احوال يضطر
فيها لاستعمال البكرة كما فى خلع الفخذ من شخص قوى جدا ثم ان الشد يكون
اولا بحسب اتجاه العضو مخلوعا ثم على حسب اتجاهه الطبيعى محولا اليه شيأ
فشيأ ومما يهتم به فى الرد ليكون كافيا ان يكون العضو منثنيا نصف انثناء
* واما الشد المقابل فهو حركة قوية مضادة لحركة الشد تفعل فى الجزء العلوى
من العضو المنخلع او فى الجذع ولابد من ان تكون الحركة فى الشد المقابل قوية
ما امكن ولابد فيه ايضا من اتخاذ زمام ومركز بان تؤخذ ملاءة تثنى على هيئة
مثلث لئلا تحدث رضا فى العضلات الكائنة حوالى المفصل المنخلع ويثبت
طرفاها فى محل صلب غير متحرك كحلقة اووتد من حديد مغروس فى حائط
اوشباك من حديد اوغير ذلك * واما التطبيق فهو دفع الجراح احد سطحى
المفصل المنخلع الى الاخر ليردهما الى مجاورتهما الاصلية ردا محكما وذلك يحتاج
لان يقف الجراح فى وحشى المفصل المصاب وينتبه المساعدون لاشاراته فيجذبون
الجزء المنخلع جذبا متواصلا لا اهتزاز معه بل بقوة اخذة فى الزيادة تدريجا ويغيرون
معالم اتجاه الخلع التى اقتضتها طبيعته * واذا لم يتم الرد بعد الاجتهاد فى الشد

التطبيق

والشد المقابل والتطبيق وجب تغيير وضع المريض واتعاب العضلات بتكرار الشدين على اتجاهات مختلفة فان لم ينجح ذلك وجب فصد المصاب مرة او مرتين وغمسه فى ابزن ولا بأس باعطائه مقدار اصغر امن الافيون وقد ظهر لبعض المؤلفين ان السكر مما يعين على رد الخلع المتعاصي * والتطبيق فى رد الخلع اقل اهمية منه فى الكسر لانه يكفى فى الخلع ارجاع طرف العظم المنخلع الى حذاء تجويفه ثم يترك للفعل العضلى فيثبته ويحفظه على وضعه الطبيعى الاصلى ويستثنى من ذلك خلع العظام المتصلة اتصالا مفصليا الحليميا فان مجرد الانقباض العضلى لا يكفى فى رد وتثبيت عظامها فى محلها الاصلى بل لابد من ان تدفعها يد الجراح * ويجب تأخير الرد فيما اذا وجد ورم التهابى فى الاجزاء الرخوة المحيطة بالمفصل او آفة فى وعاء شريانى مصحوبة بنزيف ام لا او كسر مركب او بسيط لان الرد يستدعى شدا عنيفا وهو لا يناسب فى هذه الاحوال ويجب الامتناع عن عمل جميع انواع الرد اذا كان الخلع مصحوبا بآفات غائرة فى الاوتار والعضلات والاربطة والاسطحة المفصلية بل الغالب ان البتر فى هذه الاحوال ضرورى * ويستدل على حصول الرد بزوال معظم العلامات المحسوسة المشار اليها آنفا وزوالها يكون بتناقص الالم وقدرة المريض على اتمام بعض حركات العضو وسماع فرقعة واضحة حال الرد فى المفاصل الاينارترودية لانها لا تحصل الا اذا دخل رأس العظم فى تجويفه والمعالجة التابعية للرد تكون بحفظ العضو ثابتا لا يتحرك مدة ايام قلائل بواسطة لفافة حافظة ولا ينبغى ان يبتدئ بتحريكه الا اذا غلب على الظن ان التغير الموضعى قد زال بالكلية واذا احدث الم او ورم استعملت الاستفراغات الدموية العامة والموضعية والضمادات الملينة ومتى زال هذان العارضان امر بتحريك العضو المنخلع على التدريج خوفا من جساوته ووقوعه فى الانكليلوزى اى تعقد المفاصل ثم ان تعيين الزمن الذى يستحيل فيه الرد وان كان عسرا ولا يمكن تحديده الا انه اذا مضت مدة تتمكن فيها المحفظة الليفية المنفسخة من تيبسها والتصاقها بالتجويف العظمى والاربطة والغضاريف من ان يرماو علا الخلو الناشئ من بعد العظم عن بعضه فيكون الرد حينئذ محالا لان رأس العظم

علامات حصول الرد

اسباب عدم قابلية الرد

حينئذ تعتاد على وضع جديد فيتكون مفصل غير طبيعي واستحالة الرد في المفاصل الجانحلية اسرع منها في المفاصل الاينارترودية * ثم ان الانكيلوزى اى تعقد المفصل ينشأ من سرعه الالتصاق الملحم للعظام المثبت لهاعلى مجاورة جديدة واذا انكسر العظم حال وقوع الخلع فيه فان كان الجزء العظمى الذى بين الكسر والخلع طويلا جدا وجب رد الخلع ثم تجبير تفرق الاتصال الكائن فيه تجبيرا اعتياديا وان كان قصيرا وجب تجبير الكسر وينتظر التحامه التحاما متينا ثم يجتهد في رد الاسطحة المفصلية الى مجاوراتها الطبيعية وعندما يأخذ العضو في الالتيام ببعض صلابة يؤمر بتحريكه بعض حركات معدة لان يتسبب فيه سلاسة تعين فيما بعد على امكان شفاء الخلع

الكلام على خلع المفاصل ومعالجتها تفصيلا

لما كان الخلع في المفاصل مختلفا باختلاف المفاصل ويحتاج الى علامات ومعالجات لزمنا ان نتكلم على خلع كل مفصل على حدته وعلى علاماته ومعالجته اللازمة له فنقول

الاول خلع مفاصل سلاميات الاصابع كثيرا ما تخلع سلاميات الثوانى والثوالث من مفاصلها فتنحنى جهة الراحة وتبرز قاعدتها جهة ظهر الكف ورأسها العليا الى الامام واذا انخلعت السلاميات الثوانى على نحو ما ذكر انثنت الثوالث وردها يكون بان يمسك الجراح الجزء المنخلع من الاصبع ويمده ثم يأتى به الى جهة الانثناء ويدفع مع ذلك بيده الخالصة السطح المفصلى السفلى الى عكس هذه الجهة

الثانى خلع المفاصل السلامية المشطية وخلع المفاصل السلامية المشطية نخلع ما قبلها في علاماته ورده الاان هذا يختص بان يمسك احد مساعدين قبضة اليد والآخر يجذب الاصبع والجراح يرد العظم الى وضعه الطبيعى وكثيرا ما يكون الابهام محلا لهذا الخلع الذى يصير عسر يعا غير قابل للرد

الثالث المفاصل المشطية الرسغية اليدية ولا ينخلع من عظام مشط اليد الا

العظم الاول منها اعنى الذى من جهة الابهام فيختلع من مفصله مع الرسغ
وانخلاعه دائما يكون الى الخلف فيبرز طرفه السفلى فى الوجه الظهرى للكف
ويكون منثنيا مثل السلامى المرتكزة عليه ورده يكون بان يمسك احد المساعدين
الساعد ويجذب الاخر الابهام بعد اساطته بخرقة ثم يرفع الجراح العظم الى مفصله
* الرابع خلع عظام الرسغ من بعضها فقد شوهد ان رأس العظم الكبير من عظام
الرسغ زاغت الى الخلف حال انثناء الكف والوسائط التى تستدعيها هذه الافة
تعديل الجهة والضغط على العظم الذى تتأول الرسغ زمنا طويلا بلفافة لئلا يعود
الخلع
الخامس خلع المفصل الكعبرى الرسغى وقد يخلع المفصل الكعبرى الرسغى لكن
اذا نجذبت عظام الرسغ امام عظام الساعد كان الخلع اماميا فتنبسط اليد
وتنثنى الاصابع ويبرز الرسغ فى الوجه الراحى للكف وترفع الكعبرة والزند الى الساعد
من الجهة المقابلة فان كان خلفيا كانت الاعراض بعكس ماذكر وفى كلا الحالين
يقاطع محور الكف محور الساعد على زاوية منفرجة ويميل الكف الى الوحشية
او الانسية ويبرز الرسغ تحت النتوء الابرى للزند او الكعبرة فيدل على ان الخلع
الى الوحشية او الانسية ورده يكون بجعل الساعد منثنيا نصف انثناء ويمسك
الجزء السفلى من العضد اقوى المساعدين ويمسك المشط الاخر ليشده والجراح
يدفع الرسغ بالابهامين حال تخليصه مما كان عليه ويذهب باليد الى عكس الاتجاه
الحاصل من الخلع فهذه هى الحركات الواجبة لتتميم الرد
السادس خلع المفصل الزندى الكعبرى فاذا انخلع الجزء العلوى من الكعبرة الى
الخلف حصل فى الساعد انكباب قهرى وانثناء وبرزت رأس الكعبرة خلف
النتوء الوحشى للعضد ويكثر حصول هذا الخلع فى الصغار وكثيرا ما ينشأ
عن رفعهم من اذرعتهم ورده يكون بتمسيك الطرف السفلى من الساعد لاحد
مساعدين والكف للاخر ثم يقبض الجراح باصابع احدى يديه على ثنية المرفق
ويجعل الابهام على رأس الكعبرة البارز ويدفع هذه الرأس الى الامام اسفل
العضد حال كون اليد الثانية منه زيادة عن مساعدتها الشد المساعد تمسك

عنق الساعد وتمده مائلة بجهة الانبطاح . وينبغي بعد ذلك حفظ الذراع على هذه الكيفية احتراسا من عود الخلع وإذا انخلع الجزء السفلي من الزند الى خلف الكعبرة انبطح الساعد والكف وذهبت أوتار العضلات القابضة الى الانسية وتبرز امام الجانب الانسي للكعبرة ويرفع الزند الجلد من الوجه الراحي لعنق الساعد وإذا انخلع الى الامام لازم الساعد والكف الانبطاح وزاغت الاوتار الى الوحشية وبرز الزند الى الوجه الراحي لعنق الكف وفي كلا الحالين تتصالب عظمتا الساعد على زاوية حادة ويضيق الجزء السفلي من الذراع وتنثني الاصابع نصف انثناء ورده يكون بتسييك الذراع من العضد والكف لمساعدين ثم يقبض الجراح بيديه على الجزء السفلي من الساعد ويبعد ما بين العظمين المكونين له دافعا الزند الى محله حال جذب المساعد عنق الساعد المسوك له للجهة المقابلة للجهة التي هو مائل اليها في الخلع

السابع خلع المفصل العضدي الزندي فاذا انخلع عظمتا الساعد ذهبتا خلع الطرف السفلي من العضد وانثنتا نصف انثناء وثبتتا على ذلك اذا لم يحصل هتك في العضلة العضدية المقدمة وذات الرأسين والا انبسطتا وتمكنتا من حركة عظيمة بها يظن ان جميع الاربطة المفصلية منهتكة وذهبت رأس المرفق راكبة فوق النتوين اللقميين للعضد وبرزت بروزا عظيما الى الخلف ووجد في ثنية المرفق ورم عريض كروي الشكل متكون من السطح المفصلي العضدي ثم ان عظمي الساعد لا يمكن انخلاعهما الى الامام الا اذا انكسر رأس المرفق وكسره نادر الا انه يصير التشخيص سهلا جدا وقد ينخلعان خلعا جانبيا والغالب ان يكون غير كامل وفيه يبرز الساعد من جانب والعضد من آخر وتنهتك الاربطة غالبا

*ورد الخلع الخلفي يكون باحاطة المعصم بعصابة وتمسيكه لمساعدين ثم تمسيك الجزء السفلي من العضد لمساعد ثالث ثم وضع الجراح اصابع يديه متصالبة على ثنية المرفق وابهاميه على قمة رأسه واذا تحركت العظام بحركة الشد جذب الجراح العضد الى الخلف ورأس المرفق الى الامام وبذلك يسهل رجوع اسطحة العظام الى بعضها ومثل ما ذكر من الاجتهاد في رد الخلع الخلفي يفعل في الخلع

الجانبي

الجاني فينبغي فيه توجيه العظام نحو بعضها الكن باتجاه بعكس ماذكر ثم بعد
تمام الرد يحفظ الساعد منثنيا نصف انثناء ويعلق بعلاقة

الثامن خلع المفصل الكتفي العضدي واذا انخلع رأس العضد الى الاسفل كما هو
الغالب طال العضو قليلا وبعد المرفق عن الجذع ولا يمكن تقريبه منه وتفرطح
السطح الوحشي للبروز الحاصل في المنكب واحس فيه بانخفاض وتطامن غائر
ورفعت قمة الاخرم الجلد ووجد في الابط ورم مستدير غير ممتاز عن بقية العظم
متكون من وجود رأس العضد في الابط وانخفض المنكب ومال الجذع والعنق
والرأس الى جهة الخلع وتبعيد المرفق قليلا الى الوحشية هو الحركة التي لا يحصل
منها الالم واما تقريبه للجذع فمحال واذا انخلع رأس العضد الى الامام اتجه الجزء
السفلي منه الى الخلف والوحشية وتفرطح المنكب وانخفض ولا يتضح تفرطحه
وانخفاضه الامن الجهة الخلفية وكانت رأس العضد موضوعة امام عنق الكتف
اسفل النتو الغرابي ولا تتم حركة المرفق ابدا الى جهة الامام واذا انخلع رأس العضد
الى الخلف ظهرت اعراض عكس المذكورة فترفع رأس العظم عضلات الجزء
الخلفي للابط ثم انه عقب الخلع الى الاسفل الغير المردود ترفع العضلات العضد
فتجذب رأسه في الغالب الى اعلى وينشأ عن ذلك خلع من النوع الثاني
وفي بعض الاحيان يصل العضد الى الترقوة ورده يكون بان توضع تحت الابط
وسادة من شعر اوصوف اوكرة من نسالة ملفوفة برفائد لتمنع انضغاط عضلات
هذه الجهة وتوضع في وسط خرقة يصعد طرفاها من امام ومن خلف الصدر الى
اعلى المنكب المقابل ويثبتان في محل ثابت ثم يجلس المريض على كرسي متين
وتؤخذ خرقة منثنية على هيئة مثلث وتثبت في المعصم اى عنق الكف ويسلم
طرفاها للمساعدين ثم يدفع الجراح وقت الشد رأس العظم نحو نقرته وفي هذا الوقت
بعينه يشير للمساعدين بان يوجها العضد نحو اتجاهه الطبيعي وينبغي في الخلع
التابعي ان توجه رأس العظم الى اتجاه مخالف للطريق الذي قطعته وقت الخلع
ثم بعد الرد ينبغي حفظ الساعد في علاقة مع تقريب العضد للجذع

التاسع خلع المفصل الكتفي الترقوي فاذا انخلع الكتف من مفصله مع الترقوة

تكون فى الجهة الوحشية للترقوة اسفل الاخرم ارتفاع عظيم هو العلامة الدالة على خلع الاول من هذين العظمين من الثانى ورده يكون بجذب المنكب الى الوحشية والاعلى معا الضغط على الترقوة وينبغى بعد ذلك وضع وسادة المعلم دسولت تحت الابط وحفظ الذراع فى علاقة ثم تثبيت الرفايد الثخينة المغطية للمفصل الكتفى الترقوى بعصابة تلف عليها ويندر ان يبقى المريض بدون عاهة وتشوه

العاشر خلع المفصل القصى الترقوى والعلامة الدالة على خلع الطرف الانسى للترقوة هى الورم الواضح امام القص الكائن فى اسفل خط المفصل القصى الترقوى الثانى المقابل والتطامن الحاصل من اعلى النقرة التى صارت عالية وميل الرأس الى جهة الخلع وعدم القدرة على اذهاب العضد الى الاعلى والامام ويحصل الرد بجذب المنكب الى الخلف وبالضغط على الجزء المخلع من الترقوة والجهاز الضابط اللازم استعماله وان لم يمنع التشوه بالكلية هو وسادة دسولت المثبت عليها الذراع والعلاقة المعدة لتعليق الساعد

الحادى عشر خلع مفاصل اصابع القدم وما ذكر فى خلع اصابع الكفين يقال فى خلع اصابع القدمين الذى هو نادر جدا لتعسره جدا بسبب وجود النعل وصغر سعة السلاميات

الثانى عشر خلع المفصل المشطى الرسغى وعظام رسغ القدم وثيقة ومثبتة فى وضعها تثبيتا متينا فلا تخلع من سبب باد الا بعد كسرها

الثالث عشر خلع مفاصل العظام الرسغية القدمية ورأس عظم الكعب قد تباعد عن برعمى تجويف العظم الزورقى فتبرز فى ظهر القدم بروزا ما والوسائط التى بها يزال هذا التشوه ويحفظ القدم هى نصب القدم وضغط الورم المتكون من العظم المخلع

الرابع عشر خلع المفصل القصبى الرسغى واذا زاغ الكعب الى الانسية انخلع وانخلاعه اكثر حصولا من بقية خلع عظام القدم وعلامة خلعه الى الانسية ان يميل الوجه الاخمصى الى الوحشية وان يكون هذا الكعب اسفل النتو الانسى

للقصبة

القصبة بروزا واضحا ويظهر كانه زايد ويرتكز على الوجه المحاذى له من العقب
واذا انخلع الكعب الى الوحشية كانت العلامات بعكس ماذكر وعلى كلتا الحالتين
فكثيرا ما ينكسر النتوان الكعبيان الانسى والوحشى وذلك يعرف بعدم
تحركهما وبالقرقعة الحاصلة من تحريك القدم وبالتطامن الكائن بينهما وبين
الجزء من العظمة المرتكز ين عليها واذا انخلع القدم الى الانسية تحول العظم
المذكور وطال الكعب والتفت العرقوب الى الخلف واذا انخلع الكعب الى الامام
كانت علاماته بعكس ذلك * ثم ان خلع المفصل القصبى الرسغى يصحبه
تشاويش مختلطة اكثر من بقية انواع الخلع فلا يندر معه انفصال الكعب عن
العقب والزورقى ولا خروجه عن محله بالكلية للخارج ولا بروزه الى الوحشية
ولا اتجاه القصبة والشظية نحو الجلد فيمزقانه ويبرزان الى الخارج ولا شك ان ردآفة
الانذار كهذه التشاويش سهلة الادراك ورده يكون بجعل العليل مستلقيا
على ظهره ومنثنى الساق نصف انثناء ثم تمسك فخذه من اعلى الركبة لاحد
المساعدين وتمسك القدم للمساعد الاخر ليفعل الشد حتى يحصل استرخاء فى
الاربطة فيوجه القدم الى عكس الاتجاه الذى تسبب عن الخلع والجراح يعاون
على هذه الحركة بضغطه على بروز العظام ثم بعد ذلك يشد على المحل لفافة بسيطة
واذا كانت القصبة او الشظية منكسرة وجب عقب الردان يوضع الجهاز المعد
لتجبير كسر هذين العظمين واذا خرج الكعب عن محله ومزق الجلد فان لم يكن
موثقا الا بقليل من الاربطة الليفية فليبادر باستئصاله ثم يرد القدم تحت عظام
الساق وقد حصل الشفاء مرات عديدة فى هذه الحالة مع قصر فى الساق واما
اذا ظهر ان الكعب يمكن ان يبقى محفوظا فيجب رده الى محله بتوسيع الجرح الذى
برز منه ان امكن ذلك ومثل ذلك يفعل بعظام الساق اذا برزت الى الظاهر
* ومن المعلوم انه لابد عند ذلك من تزايد الاجتهاد فى منع العوارض
الالتهابية الباطنة القابلة للحدوث عقب الافات الثقيلة التى مثل هذه
الخامس عشر خلع المفصل القصبى الشظى فان رأس الشظية قد تذهب الى
امام سطح القصبة وخلفها وهذا الخلع محال غالبا فى المفصل السفلى للقصبة

ما يصحب هذا الخلع

المعالجة التابعية

والشظية ويسهل رده وضبطه

السادس عشر خلع المفصل الفخذى القصبى اما خلع الرضفة الى الوحشية وهو الغالب فعلامته ان يحس من الانسية بالجانب الانسى للبكرة الفخذية الذى يصير متعريا وان ترتفع الحافة الوحشية من الرضفة الى الوحشية فتخلى محلا يحس منه بالسطح المفصلى المحاذى لها وهذا اذا كان الخلع المذكور غير كامل واما اذا كان كاملا كانت البكرة المفصلية الفخذية منفصلة عن الرضفة بالكلية ووجد فى الوحشية البروز المتكون من الرضفة الملازم للنتو اللقمى الوحشى للفخذ واذا كان الخلع الى الانسية كانت العلامات بعكس ماذكر وفى كل من الخلعين يكون الساق منبسطا وانثناؤه مؤلما والغالب ان يكون متعذرا وتكون الركبة مشوهة وردّه يكون باضجاع المريض على ظهره وتمسيك عقبه لمساعد ليرفعه مع رجله كلها بحيث ان جميع العضلات المقدمة للفخذ تكون فى غاية الاسترخاء ما أمكن ثم يمسك الجراح الرضفة لانها تكون حينئذ خالصة ويردها الى محلها وينبغى بعد ذلك ان تحفظ الرجل ساكنة وان تكون منثنية نصف انثناء واما خلع القصبة فان كان الى الخلف انثنى الساق على زاوية حادة ومال سطح الرضفة الجلدى الى اسفل وبرز رباطها واشغل الورم المتكون من النتوين اللقميين للقصبة تجويف المابض وان كان الى الامام كان المفصل متحركا جدا والساق منبسطا والرضفة مائلة الى اعلى والعضلتان التوأميتان متوترتان بارزتان فى حفرة المابض والورمان المتكون احدهما من القصبة فى احد الجانبين وثانيهما من عظم الفخذ فى الجانب الثانى يدلان على الخلع الجانبى الذى لا يكون فى الغالب كاملا والرد فى هذه الاحوال كلها يكون بتمسيك الحوض لاحد مساعدين والساق للآخر ليشد الرجل حتى تستخلص العظام ليتمكن الجراح من توفيقها على بعضها حتى يجعلها على مجاورتها الاصلية ثم بعد ذلك يراح الساق ويحفظ منثنيا نصف انثناء

السابع عشر خلع المفصل الحوضى الفخذى فاذا انخلع رأس عظم الفخذ الى الاعلى والوحشية خارجا عن التجويف الحقى قصرت الرجل وارتفعت ثنية الالية

المحاذية لها وقرب المدور الكبير من الشوكة الحرقفية المقدمة وتكون ورم مستدير
يرفع الالية ويصيرها بارزة زيادة عما تستحق وقربت الرجل الى الاخرى ومال طرف
القدم الى الانسية وإذا كان الخلع الى الاعلى والامام او الاعلى والانسية قصر
الفخذ ايضا ومالت الركبة وطرف القدم الى الوحشية وتفرطحت الالية وكان
المدور العظيم موضوعا على الخط العامودي للشوكة الحرقفية المقدمة العليا
وتكون ورم عظيم صلب يشغل الاربية ويرفع الاعصاب والاوعية فيسبب آلاما
شديدة وبعدت الرجل عن مقابلتها وإذا كان الخلع الى الانسية والاسفل اعنى
نحو الثقب البيضي عرف باستطالة الرجل وبتفرطح الالية وبتباعد المدور العظيم
الى الاسفل والامام وبحركة استدارة الفخذ الى الوحشية وبعده عن مقابله
وبتوتر عضلاته المقدمة وبانثناء الساق انثناء خفيفا وبوجود ورم مستدير
قرب الشعبة الصاعدة للورك وإذا كان الخلع الى الاسفل والانسية او الاسفل
والوحشية وهو نادر عرف بزيادة استطالة الرجل وبدورانها الى الانسية وبالبروز
المتكون من رأس العظم اسفل الالية وبذهاب المدور العظيم الى الخلف والاسفل
عن وضعه الطبيعي الاصلي وهذا الخلع يستحيل سريعا الى النوع الاول من الخلع
بواسطة الفعل العضلي * وينبغي لرد خلع العظم الفخذ ان يستلقي المريض الرد
على ظهره على سرير متين ليس له حواف او على طاولة من خشب عليها طراحة
ثم تؤخذ ملاءة وتثنى بالطول وتوضع على ثنية الفخذ من الجانب السليم ويذهب
بطرفيها الى الامام والخلف ثم يثبتان في شيء متين ثم يوضع محزم بالعرض فيما
بين العرف الحرقفي والمدور من الجانب المريض ليحيط بالحوض ويسلم طرفاه
لمساعدين ثم يثبت محزم آخر في الجزء السفلي للساق اى من اعلى النتوين
الكعبيين الانسي والوحشي وهذه تنفع في الشد لانه يستدعي قوة عظيمة ومنفعة
المحزم الاول الموضوع بالعرض انه يمنع المريض من تحركه وانقلابه على الجانب
المريض وعندما يأخذ عظم الفخذ في التخلص يكبس الجراح في الخلع الى الاعلى
والوحشية بيديه على المدور ويدفعه الى الاسفل والانسية ويدفع رأس عظم الفخذ
الى الاسفل والوحشية في الخلع الى الاعلى والانسية فاذا كان الخلع الى الاسفل

والانسية كان الامر بعكس ذلك بان يحوط بيديه على الجزء العلوى الانسى للفخذ ويوجهه الى الوحشية ويذهب المساعدون حين ذلك بالجزء السفلى للساق حتى يصير اعلى من الجزء السفلى المقابل له وفى الخلع الى الاسفل والخلف يدفع عظم الفخذ الى الاعلى والانسية عند تخليص حركة الشد لرأس هذا العظم ويكفى لمنع عود الخلع ان يضم الفخذ المريض للسليم ويثبت عليه بواسطة اربطة

الثامن عشر خلع المفاصل الحوضية من المعلوم ان عظام الحوض لا تنخلع ابدا الا انخلاعا غير كامل ويكون من الاسباب العنيفة الواصلة والوسائط التى ينبغى استعمالها فى هذه الحالة الثقيلة هى مضادات الالتهاب والراحة والضغط حوالى تجويف الحوض بلفافة بدنية كالحزام تشد عليه شدا لايقا

الكلام على امراض المفاصل

اعلم ان كثرة الانسجة الداخلة فى تركيب المفاصل واتحاد بعضها ببعض والسمباتيا الشديدة الكائنة فيما بينها وبين الاحشاء مما تصير المفاصل قابلة لامراض كثيرة * فمنها جروحها وهى اما وخزية اى حاصلة من آلات واخزة وهى كثيرة الحصول وعلاماتها خفية لكن قوة الضربان ومعرفة اتجاه الالة فى سيرها وغورها فى دخولها مما يوقع فى الذهن ان الالة قد نفذت فى الغشاء الزلالى لهذه المفاصل وفى الاغشية المغشية له واكد العلامات الدالة على نفوذ الالة فى التجويف المفصلى خروج المادة الزلالية وكثيرا ما تكون هذه العلامة معدومة لفقد الموازاة بين فتحة الاربطة وفتحة المحفظة بسبب الحركات الصادرة من المريض ولا ينبغى عند ذلك ادخال مسبار فى الجرح لتحقيق غور الالة لانه قد لا ينفذ جدا حتى يصل لاقصى الجرح لعدم الانتظام فى مجاورة الاجزاء على ان المعارف الممكن تحصيلها من دخوله فى المفصل قد يكون الاهتمام بها قليل الجدوى بل دخوله مما يزيد فى التهيج ويعين على دخول الهواء فى تجويف الغشاء الزلالى ويسبب التهابا ربما لا يحصل بدون هذه الحركة الغير الجيدة فاذا لم يزل الجراح

مترددا فى نفوذ الجرح وعدمه عامله معاملة الجرح المحقق نفوذه ولكون الجروح
التى نحن بصددها ثقيلة دائما يجب على الطبيب ان يكون حزينا فى انذارها
وان شوهد فى كثير من الاحوال ان وخز المفاصل قد شفى بسرعة شديدة
فان مجل وقايع هذا الفن فيه مشاهدات اكثر من ان تذكر تدل على ان الذين
اصيبوا بهذه الافة كابدوا اخطارا عظيمة او هلكوا من هذا النوع من الجروح
الذى كان يظهر انه بسيط جدا فى ابتدائه ومعالجة هذا النوع من الجروح
كمعالجة كل التهاب مفصلى واذا كان الجرح ضيقا جدا فلا يستدعى معالجة
مخصوصة لان حوافيه غير قابلة للتباعد ويكفى فى ضمها سريعا الانتفاخ
الذى يحصل فيها واما اذا كان الوخز حاصلا من سن سلاح عريض مفرطح
كسيف وجب ان يوضع عليه سير لزج اى شريط مشمع مدهون بمرهم
جالبنوس ثم يوضع العضو وضعا به يكون الجزء المصاب فى غاية الاسترخاء كى يسهل
التحام الجرح وكثيرا ما يضطر لوضع لفافة كافية فى حفظ العضو عن التحرك
وفى تجاور الاجزاء المظنون انه لا يتى وهذه الطريقة عامة فتناسب جميع الجروح
الممكن ان تكون جميع المفاصل محلا لها * واما قطعية اى حاصلة
من الالات القاطعة وتشخيص جروح المفاصل الحاصلة من الالات القاطعة
اسهل من تشخيص النوع الاول فان سيلان المادة الزلالية هنا اكثر منه هنالك
وتباعد شفتى تفرق الاتصال يمكننا من تحقيق الغضاريف الكائنة بين المفاصل
وهذه الجروح اقل خطرا من النوع الاول ما دامت اجزاؤها المقدمة غير معرضة
لتأثير الهواء زمنا طويلا * ومن حيث ان دخول الهواء هو اقوى الاسباب
فى تهيج الاجزاء المفصلية الباطنة يجب ان يكون اول الدلالات الشفائية
الاجتهاد فى ضم الجروح بدون واسطة ثم وضع العضو وضعا لا يبقيه وحفظ انضمام
حوافى الجرح بالعصائب اللزجة فاذا انفتح هنالك وعاء عظيم وجب ربطه قبل
مباشرة انضمام الجرح ومما ينفع فى زيادة الامن من دخول الهواء فى تجويف
الغشاء الزلالى ازالة التوازى الكائن بين الجرح والغشاء الزلالى وتمام المعالجة
مؤسس على الطرق المقررة آنفا * واما رضية اى حاصلة من الاجسام الراضة

جروح الالات القاطعة

المعالجة

الجروح الرضية فى المفاصل

فى المفاصل وهذه ينبغى ان تعامل معاملة بقية الافات التى شأنها ان تسبب التهابات شديدة وليس معها تفرق اتصال فى الجلد لان الهواء لا يمكنه حينئذ ان ينفذ فى المفصل ويندر ان لا يحصل منع ظهور العوارض من المعالجة المعقولة فينبغى ان يوضع العضو فى الجهاز اللايق بكسر العظام المصحوب بهذه الجروح ويحفظ من عدم التحرك ويضغط المفصل المصاب ضغطا خفيفا لئلا يحدث فيه ورم مفرط وينبغى ان يندى الجهاز مرات متوالية بسيال بارد محلل وان يفصد مرة او مرتين بحسب قوة المريض ثم ان الراحة والحمية والمشروبات الملطفة جيدة جدا فهذه هى الاصول المؤسس عليها معالجة كسر اطراف العظام المصحوب بافات الاجزاء المفصلية * ومنها جروح المفاصل من الاسلحة النارية فالاجسام المنقذفة بالبارود الداخلة فى المفاصل تسبب دائما جروحا ثقيلة تستدعى غاية الانتباه من الجراح فعليه فى اول الامر ان يفعل اطلاقا كثير السعة ليستأصل الاجسام والشظايا الممكن وقوفها فى باطن الجروح وان يفتح سبيلا به يسهل سيلان الصديد ويجب ان يحفظ الاجزاء على مجاورتها اللايقة بها وان تصان عن عدم التحرك بالكلية وقد ينشأ عن هذه الجروح عوارض ثقيلة تظهر فى كثير من الاحوال فيتدارك حدوثها بالوسائط اللايقة وبمقاومة الالتهاب ثم ان العضو المريض وان بقى بعد ذلك متشوها الا انه تتم وظايفه اجود من الالات التى تنوب عنه عند فقده لكن اذا احدثت هذه العوارض الثقيلة واستطال التقيح بدون ان يتقدم الالتحام التحجى فعند ذلك البتر او حلق المفصل المجروح * ومنها وجود الاجسام الغريبة فى المفاصل فكثيرا ما يتولد فى التجاويف المفصلية بسبب الالتهاب المزمن الخفى فى الاغشية اجسام غريبة تارة تكون قطعا غضروفية وتارة تجمدات متميزة بالكلية عن التجمدات التى تكون فى قرب المفاصل بسبب امراضها الالتهابية واكثر ما تتكون منه القطع الشبيهة بالغضروف المادة الزلالية واقله فوصفات الجبر ثم ان هذه الاجسام قد وجدت فى جملة من المفاصل والاغلب ان تكون فى مفصل الركبة ثم تارة تكون ملتصقة بالغشاء الحفظى وتارة تكون منعزلة عنه فى المفصل وعدتها تختلف فتكون من واحدة الى خمس

وعشرين

وعشرين وقد شوهد تكونها من سقطة اوضربة واحيانا من ذاتها اوبدون سبب
معروف وشكلها في الغالب عدسي وتارة يكون غير منتظم والاقرب للعقل
ان مادة تكونها المادة الزلالية لكونها زلالية بالاكثر واحيانا تكون ممزوجة
على سبيل الاتفاق بقدر مفرط من فوصفات الجير وهذه الاجسام تمنع انزلاق
الاسطحة المفصلية على بعضها واذا كانت ثابتة في جهة من الركبة لا تسبب
الما مادامت ثابتة في تلك الجهة بخلاف ما اذا انتقلت بواسطة الحركات وسكنت
في الاجزاء العظمية المحتكة ببعضها على التوالى فانه يصدر عنها الم شديد قد يوقظ
المرضى عند تقلبهم في النوم ثم انها توجد متعلقة في الاطراف المفصلية وعلامات
هذا الداء الالم المذكور والاحساس بارتباك في المفصل وادراك وجود هذه
القطع عند التجسس عليها في الاجزاء الرخوة * ثم ان تحليل هذه القطع لم يحصل المعالجة
ليومنا هذا فاستئصالها هو الطريقة العلاجية ولم يجرب الا في مفصل الركبة
وكيفية العملية ان يستلقى المريض على جانب سريره وساقه منبسط لتكون
الاجزاء الرخوة الكائنة امام المفصل مسترخية كلها ثم بعد ذلك يستقصى
الجراح عن الجسم الغريب ويدفعه الى الامام نحو الجانب الانسى للرضفة
حيث تكون المحفظة الانسية مسترخية غاية الاسترخاء ثم يضبطه
هناك بالابهام والسبابة ثم يشد المساعد الجلد من امام الرضفة الى الوحشية
ليشقه الجراح مع المحفظة شقا مستطيلا فيبرز الجسم الغريب وليكن الشق
على حسب اتجاه الجسم الغريب وفي مرة واحدة ومتى انتهى الشق خرج الجسم
الغريب كله فان كان هناك ثنية مانعة له متصلة بالمحفظة ازيلت بالمشرط
او بالمقص مع الاحتراس من اصابة الاسطحة المفصلية ثم بعد تميم الاستئصال
يترك المساعد ما كان قابضا عليه من الجلد الى نفسه ليرتد على الفتحة التى فتحت
في المحفظة بلدونته وبواسطة زوال التوازى بين فتحة الجلد وفتحة الكيس المفصلى
يمتنع دخول الهواء امتناعا كافيا ثم تضم شفتا الجرح حالا بدون واسطة
ثم بعد ذلك يحاط المفصل برفايد مغموسة في سيال محلل ويترك الساق منبسطا
ويحفظ من التحرك عشرة ايام او اثنى عشر فيلتحم الجرح الصغير ويسمح

المريض بالنهوض والرجوع لوظائفه غير انه يوصى بترك التعب المفرط * ومنها
الايدارتروز اى استسقاء المفاصل ولم يشاهد الا فى مفصل الركبة ومجلسه تجويف
الغشاء الزلالى ويظهر انه ناشئ عن اسباب موضعية لا عن داء عام فى المجموع
الزلالى والذى يدل على تشخيصه من الاسباب المسببة له قليل كالحركات العنيفة
المستطيلة والاوجاع المنتقلة حادة كانت او مزمنة فانها كثيرا ما تحدث وربما
ليتساويا فى هذا المحل لا يختلف عن الاستسقاء فى شئ ويعرف هذا الداء بانتفاخ
فى الركبة غير مؤلم ما شديدا مع عدم تغير فى لون الجلد وبشكله الغير المنتظم وبوجود
ورمين مستطيلين يبرزان فى جانبى الرضفة فيكونان حوالى المفصل هيئة حوية
وبتموج يحس به الجراح الممارس لهذا الامر بواسطة الغمز وانذاره غير جيد
بسبب العوارض الثقيلة التى قد تحدث وبسبب ان نجاحه من اسعافات
الصناعة قليل * ومعالجته ينبغى ان تكون موضعية فقط وتشتمل على المعالجة
المحللات والوضعيات التى تكون اولا ضعيفة ثم قوية فان لم تنجح نبه الجلد
بالدلك المهيج لانه واسطة جيدة فى ازالة تجمع المصل واستعملت ايضا المحمرات
على هيئة لزق والمحاجم الجافة والرطبة وغير ذلك فان لم ينفع ذلك جميعه وجب
استفراغ المادة الزلالية بالبزل * بازالة الاستسقاء فى الورم وكيفيته ان تدخل بعد بالبزل
ان يجذب الجلد الساتر للمحل الاكثر ارتفاعا من غيره الى الخلف وتستمر على ذلك
مدة البزل ومد فمكث ماسورة البازلة فى القصة ليسترجع درده وتركه بعد ذلك
القصة الباطنة ويمنع دخول الهواء فى التجويف المفصلى خوفا من تأثيره فى
الغشاء الزلالى فانه يتأثر الهواء فيه لكونه مريضا يزداد تهيجه فتتغير طبيعة
مادة الزلالية وتتسوس الغضاريف والاطراف العظمية ومعالجته التابعة
تكون باضجاع المريض على ظهره وثنى ركبته نصف انثناء وتغطيتها برفائد
متشربة من بعض السوائل القابضة المحللة وهذه الوضعيات اذا استمرت مع
الراحة ثمانية ايام او عشرة نفعت فى منع انصباب جديد وربما استدعى المعالجة
المذكورة ثانيا * ومنها التهاب المفاصل المزمن فقد يحدث فى المنسوجات ادتريت كاسيا اى التهاب
المحيطة بالمفاصل المكونة لها التهاب بطئ مزمن كثيرا ما يكون تابعا الافات المفاصل المزمن

متقدمة ومن جملة نتايج هذا الالتهاب استسقاء المفاصل المارقبل ومن اسباب
الالتهاب البطئ المذكور تأثير البرد والرض وغيرهما واول ما يصيب هذا الالتهاب
المنسوج الخلوى والوتر العريض الكائن تحت الجلد المحيط بالمفصل وثانيا الاربطة
المفصلية وثالثا سمحاق الاطراف العظمية ورابعا الغشاء الزلالى وخامسا
الغضاريف وسادسا العظام نفسها فتى نشأ هذا الالتهاب فى احد هذه الاجزاء سعى
بالتدريج الى بقيتها وغار فيها حتى يعمها بالكلية ويعم اجزاء المنسوجات المعينة على
تكوين المفصل ثم ان تسميته طليسة درعن هذا المرض من الانتفاخ نتايج هذا الالتهاب
بالاورام البيضا والاورام الخنازيرية اوغيرهما ينبغى اهمالها وانما المطلوب
التأمل فى سيرهذا الداء فى الاحوال المختلفة وكتابة اعراضه الرئيسة ثم مقاومته
بحسب طبيعة التنوعات الحيوية المكونة له وهذا الانتفاخ الكائن فى الغضاريف
المفصلية الموجب لطول الاطراف بسبب تبعيده الاسطحة المفصلية عن بعضها
وقهرها على ان تفارق بعضها انما يسببه الالتهاب المزمن المذكور وهو السبب
ايضا فى تسوس المفاصل المزيل لارتفاعات العظام القاهر لها على ان تطيع
الفعل العضلى فتخلع وحينئذ يكون خلعها تابعيا والسبب ايضا فى احداث
التجمعات الصديدية الباطنية والفتحات الظاهرة التى قد تتنوصر وتنهك
المريض على التدريج وتحدث ايضا الاستحالات الفطرية اوالشحمية
اوالسرطانية فى جميع المنسوجات المفصلية * ومعالجة الالتهابات المفصلية المعالجة
المزمنة فى اى مفصل كان تكون بتكرير وضع العلق وراحة المريض بالكلية
والاستحمامات والوضعيات الملينة حتى تزول الاعراض التهيجية فاذا زالت التجئ
للمصرفات والمنفطات والمقصى وغيرها من المهيجات الجلدية التى تغطى المفصل
المصاب وتحيط به لكن لا ينبغى استعمال هذه الوسائط الا بعد الاستمرار زمنا طويلا
على الاستفراغات الدموية الموضعية والملينات اللتين كثيرا ما تكونان كافيتين
فى تميم الشفاء * ومنها الانكيلوزى اى تعقد المفاصل وهو مرض يصيب المفاصل الانكيلوزى
فتكون به منتفخة فى الغالب انتفاخا غير طبيعى وفاقدة لحركاتها فقدا كليا اوجزئيا
وله انقسم الى كامل وغير كامل فالاول يعرف بفقد الحركة الكامل المستمر لكون

الاطراف العظمية المنتفخة فيه ملتصقة التصاقا محكما بحيث لا يمكن ادراك
المحل الذي كانت متميزة فيه اولا عن بعضها والثاني اى الغير الكامل يكون الورم
فيه اقل صلابة منه في الاول فيلين بغمز الاصبع ولا يزال فيه بعض تحرك واكثر
ما يصيب هذا الداء المفاصل الجانجليمية اى الرزية وذلك لان حركاتها محدودة
ولان اسطحة عظامها المتماسة اكثر سعة من غيرها فادنى تغير فيها يسبب
التصاقها وعلى هذا فاكثر مشاهدة هذا الداء في المرفق والركبة وقد يصيب جميع
المفاصل فانه قد شوهد ان معظم المفاصل في بعض هيا كل العظام كان ملتحما
ويندر ان يكون هذا الداء عضويا والغالب ان يحصل عقب آفة في العظم او في
الاسطحة المفصلية فيكون نتيجة سقطة اوضربة اورض او التواء او خلع او كسر
او ورم عظمي في الاطراف العظمية او تسوس في الاسطحة المفصلية او خراجات
او اورام في باطن المفاصل وغير الكامل منه يصدر ايضا من جفاف الغضاريف
وتولد القشور ومن عدم افراز المادة الزلالية ومن صفاقة الاربطة فيشاهد كثيرا
في الاشخاص المتقدمة في السن والمشتغلة في اشغال شاقة وعقب الكسر
الذي يستدعي راحة العضو المستطيلة جدا والكامل منه من الامراض التي
ينبغي ان تهملها الجراحة لكونه غير قابل للشفاء اذ لا واسطة بها يتمكن من
ارجاع الملاسة للاسطحة المفصلية بعد فقدها اياها واما كسر الالتصاقات التي
اكتسبتها العظام فليس هنالك اضر منه اذ به يحدث خطر اضر من الاول وهو
التسوس في كان نتيجة مرض في المفاصل لابد منها اومتوقعة فلى وتعسنه
للطبيعة غاية ما فيه ان يجتهد في تهيئة اجزاء المفصل بحيث ان التحامها لا يسبب
الا تعبا قليلا ما امكن ثم ان غير الكامل منه كلما كان جديدا كانت معالجته
اسهل واجود الوسائط في ذلك ان يرجع للمفصل الى ممارسة حركته بسهولة وذلك
بان يحرك حركات خفيفة آخذة دائما في الزيادة فان بهذه الحركات تتفرز المادة
الزلالية وبها تصير الاجزاء لينة رخوة بعد ان كانت متيبسة من عدم الحركة
ويستعان على هذه الواسطة بالاستحمامات الفاترة وبالتمايل المليّنة
وبالدلك اليابس بالخرق المسخنة من الصوف وبالمكمدات بالماء المشحون

بمروخات الامونياك وبالمروخ الزيبقى وبالضمادات الملينة العطرية ثم بوضع العضو في الروث او في مادة اخرى حيوانية متخمرة لكن الاحسن الاستحمام والتنطيل من الماء المعدنى الحار وغير ذلك من جميع الادوية الكافية في احداث تهيج خفيف وفي تنقيص جساوة الاجزاء وترخيتها وقد اوصى ايضا باستعمال الدلك الزئبقى ووضع اللزق الصابونية وهذه الاخيرة تحفظ في الحقيقة حوالى المفصل نوع حمام رطب حار اى نوع حمام بخارى حيوانى كاف جدا في تليين المنسوج

الكلام على حلق المفاصل اى قطعها

حلق المفاصل عملية بها يقطع الطرف العظمى لمفصل عقب جرح عميق بجزء عظيما من الاطراف المفصلية المتقابلة او تسوس فالحزن يعقوبكز لحلق المتقارنة وكان القدماء يستعملون هذه العملية فيما ذكر لكن المعلم ويجدو هو طبيب انكليزى اوصى في سنة الف وسبعماية وثمانية وستين بان يبدل الحلق ببتر العضو في تسوس المفاصل وقد وجد بعده جملة من الجراحين الحربيين الفرنساويين استعملوا حلق الاطراف المفصلية في الكسر التفتتى لهذه الاطراف ثم ان هذه العملية تكون في اربعة مفاصل الاول مفصل المرفق وينبغى فيه ان يكون المريض منبطحا على بطنه والمفصل منثنيا نصف انثناء بحيث تكون جهته الخلفية معرضة للجراح وجهاز ذلك يشتمل على سكين صغير مستقيم ومقص ومنشار زنجيرى اى كزنجير الساعة ومنشار ذى يد وجفوت وربط الاوعية واخيطة مشمعة ولوحة من خشب في رق الصفيحة وابر مضنية ونسالة ورفائد واقاقة ومساعدان لمسك المريض وعضوه * وكيفية العملية على طريقة

كيفية العملية

دبو يترن ان يشق الجراح شقا طوليا طوله من قيراط ونصف الى قيراطين في كل من حافتى الجهة السفلى من جانبي العضد ثم يشق شقا عرضيا يتصل بين الاولين يمر به من اعلى رأس المرفق ثم يشق الغمد الحاوى للعصب الزندى ويعزله امام النتو اللقمى الانسى للعضد ويضبطه هناك مساعد بملوق ليصونه عن تأثير الالات

ثم يفصل العضلة ذات الروس الثلاث العضدية ويعزلهما ثم يفصل رأس المرفق من قاعدتهما ويتأمل فيهما فان كانت مريضة استأصلها بالنشر وان كانت سليمة ابقاها في الهدب ثم اذا تأكد ان جزأ من الطرف السفلي للعضد متغير اقطع الاربطة الجانبية للمفصل وخلع العضد الى الخلف ونشر هذا الجزء المتغير من طرفه كله واذا تحقق ايضا ان الطرفين العلويين لعظمي الساعد مريضان خلعهما الى الخلف ثم نشرهما واحدا بعد الآخر ثم بعد ذلك يضم شفتي الجرح ويحفظ الساعد عن الحركة بعد ان يثنيه نصف انثناء بواسطة قضبان او ميزاب ثم تتم المعالجة كمعالجة الجروح الثقيلة العظيمة السعة وقد استعملت هذه العملية مرارا كثيرة لشفاء التسوس ولاستئصال الشظايا العظمية في كسر المرفق التفتتي فنجحت عندما كانت العموم سليمة من الفساد الا ان المرضى لم يشفوا الا بعد زمن طويل واخطار كثيرة فهي من جملة العمليات الجراحية الثقيلة جدا

الثاني المفصل الكتفي العضدي وعملية حلقه تتنوع بحسب الاحوال الى انواع فاذا كانت رأس العضد منكسرة من اصابة اسلحة نارية كفى ان توسع الفتحة الحاصلة من الرصاصة مثلا ثم تستأصل الشظايا العظمية وان كان الجسم المتقذف ازال جزأ من الجسم المنكسر امكن حلق العضد من نفس الجرح فان كان في هذا العظم تسوس وجب قطع هدب ليتمكن من اخراج الرأس وتكون طريقة فاي اودوبيترن الموضى بها اعني بتر الذراع من مفصله العلوي هي الموافقة لعملية رأس حلق العضد * فطريقة فاي ان يجلس المريض ويضبط بمساعدين ثم يشق الجراح شقين احدهما امام الاخرم والثاني خلفه ومبدأ كل منهما من حذاء ارتفاع قمة هذا النتو الى حذاء الاندغام السفلي للعضلة الدالية ثم يشق شقا ثالثا بالعرض ليوصل به الطرفين السفليين للشقين الاولين لبعضهما ثم يفصل الهدب ويقلبه ثم يقطع اوتار العضلات المندغمة في حدبتي العضد ثم يشق المحفظة المفصلية ويبرز رأس العضد ويزيلها بالنشر ثم يضع قطعة من خشب خلف العضد لتصون الاجزاء الرخوة من تأثير المنشار * وطريقة دوبيترن وهي اجود الطرق واسرعها ان يجلس المريض كما ذكر ثم يمد ذراعه مدا افقيا

طريقة فاي

طريقة دوبيترن

ويمسك الجراح بيده اليسرى كتلة العضلة الذاتية وينفذ في قاعدتها سكينا ذات حدين قاطعين ويمر بها بين هذه العضلة والعضد ويحركها من اعلى الى اسفل على طول هذا العظم حتى تصل الى مندغم الوتر ثم يميل السكين الى الوحشية فبذلك يتكون في زمن واحد الهدب الذى كان يتكون في عملية فاى بثلاثة شقوق في ثلاثة ازمنة * والمعالجة التابعية لذلك ان يوضع العضد في محله ويضم الجرح ويعالج المريض كمعالجته اذا كان مصابا بكسر مصحوب بجرح ثم ان بعض المرضى قد يهلك بعد هذه العملية بسبب التقيح ومن شفى منهم يندر التئام الطرف المنقطع من عضده التئاما كاملا بالكتف بل العظمان في معظم الاحوال ينضمان بواسطة جوهر ليفى ثخين يضبط الذراع ويمكنه من تتميم بعض حركات وبالجملة فهذه العملية خطرة جدا ولذا لم تستعمل الا في الاحوال التى فيها حالة الاجزاء الرخوة يؤمل منها ابقاء الذراع

الثالث المفصل الشظى المشطى وكيفية الحلق فيه ان يجلس المريض ثم يشق الجراح شقا طوله قيراطان من الحافة الخلفية للشظية الى اسفل الكعب الوحشى من جهة الخلف ثم يشق شقا ثانيا من الجهة السفلى لهذا الكعب ويمده من الامام الى مندغم العضلة الصغيرة الشظية ثم شقا ثالثا مستطيلا من الانسية على الحافة الخلفية للقصبة الى قمة الكعب الانسى ومن هناك يتجه به الى الامام نحو ارتباط العضلة القصبية المقدمة ثم بعد عزل الشظية يقطع الجزء السفلى منها بالمنشار من اعلى المرض ويخرجه ثم يحول القدم الى الوحشية ويقطع الاربطة المندغمة في الكعب الانسى ومن حيث ان القصبة تبرز من الجرح الذى في هذه الجهة يقطع منها ما هو متسوس واذا وجد في الكعب اثر مرض قطع نتوه المفصلى والمعالجة التابعة ان يرد القدم الى وضعه وتقرب الاهداب الى بعضها ثم تصان عن الحركة حتى يحصل التئام المشط باطراف عظمى الساق وهذه العملية لم تعمل الا مرات قليلة واغلبها لم ينجح

الرابع المفصل الفخذى القصبى وقد اخترع له جملة من الطرق انسبها طريقة المعلم بجين وهى ان يوضع المريض على حافة سرير او طاولة مثنى الساق ثم يشق

الجراح من أسفل الرضفة شقا به يفصل رباطها السفلى وكذا الاربطة الجانبية للركبة ثم يفتح المفصل فتحا واسعا ويقطع الاربطة المتصالبة ثم يخلع الطرف السفلى لعظم الفخذ اولا الى الامام ثم الطرف العلوى للقصبة ثم يتمم الحلق بالمنشار واذا كانت الرضفة مريضة استأصلها والمعالجة التابعية ان يوضع الساق منبسطا مرتكزا على قضيب او على ميزاب وهو الاجود ليحفظ على هذا الوضع الى نهاية المعالجة ثم ان نتايج هذه العملية غير مرضية فى الغالب فان المرضى فيما نجح منها لم يستبدلوا بما كابدوه من المشاق والاخطار فى مدة الاشهر الكثيرة الاحفظ عضو لا يستطاع المشى عليه ثم اعلم ان النافع حقيقة دون غيره من بقية انواع الحلق حلق الاطراف العليا من مفاصلها اذ بالحلق فيها تحفظ حركات اليد والاصابع فينبغى الالتجاء اليه فى آفات المرفق والمنكب مادام يمكن فعله وهو فيهما احسن من عملية البتر ولا يقال ذلك فى القدم والركبة لان من شفى بالحلق فيهما من المرضى حصل فى اطرافه قصر عظيم بعد ان كابد من العوارض الثقيلة جدا ما كابد ومع ذلك فلم يبق له الا عضو ضعيف معوج قليل الصلابة اقل نفعا من ساق من خشب وعملية البتر فيهما مع كونها لا يحصل منها اخطار عظيمة كهذه انجح نتايجا ثم ان المنشار الزنجيرى المخترع من مدة قريبة صير عملية الحلق سهلة التتميم عما كانت عليه وهو نصل ضيق جدا مركب من جملة قطع متحركة مسمرة ببعضها تنثنى وتنفرد كزنجير الساعة وهذه الالة تنفذ خلف العظام بواسطة ابرة منحنية اومستقيمة لها اسنان او لا اسن لها على حسب ما يقتضيه الحال ولمسك هذه الالة للعمل بها يركب فى كل من طرفيها يد معدة لها

تأملات كلية فى الحلق

الفصل الثالث فى آفات العظام وهى سبع

الاولى الكسر

الكسر هو تفرق اتصال فى عظمة او اكثر يحصل من سبب باد ثم ان كان فى عظمة واحدة وليس مصحوبا بجرح او نحوه سمى بسيطا وان كان فى عظمتين مكونتين لجهة واحدة كالكعبرة والزند بالنسبة للساعد سمى مركبا وان كان مصحوبا

بجرح

بجرح اوتمزق فی وعاء كبير او عقدد فی حبيل عصبی اوارتجاج فی مفصل واحد
اوا كثر او اضطراب مخی اونخاعی او وجودا وغير ذلك سمی مضاعفا ثم ان كان العظم
فيه متكسرا الی قطع كثيرة سمی تفتتيا وينقسم ايضا الی واصل ان حصل فی المحل
الذی اثر فيه السبب البادی والی غير واصل ان حصل فی محل بعيد عن محل تاثير
السبب ومثاله ان تحصل سقطة علی الركبة فينكسر جسم عظم الفخذ اوعنقه
لثقل الجسم ومقاومة الارض والكسر يسمی باسماء مختلفة علی حسب اتجاه
تفرق الاتصال الحاصل فی الاجزاء المنكسرة فيقال كسر عرضی اذا انكسر
العظم بالعرض وكسر منحرف اذا كان تلاقی الجزئين بعد الكسر علی سطحين
منحرفين كثيرا اوقليلا وكسر طولی اذا كان تفرق الاتصال فيه بالطول وكسر
شعاعی اذا كان التفرق بجهات مختلفة كاشعة الشمس وكسر درزی اذا كان
فی التفرق اسنان بارزة ثم ان زوغان القطع المنكسرة يكون علی اربعة انواع
زوغان بحسب سمك العظم وزوغان بحسب الطول وزوغان بحسب الاتجاه وزوغان
بحسب الدائرة فالزوغان بحسب السمك ويكون فی الكسر العرضی ان تلامس
حافة احد جزئی العظم المنكسر سمك الجزء الاخر لاعلی التساوی فيحس عند وضع
الاصبع علی محل الكسر بعدم التساوی المحاذی لبروز احد الجزءين المنكسرين
وانخفاض الثانی والزوغان بحسب الطول ان يركب احد جزئی العظم المنكسر
الجزء الاخر فيحصل فی الطرف قصر وهذا النوع يكون دائما فی الكسر المنحرف
ويكون فيه اوليا ويندر فی الكسر العرضی ويكون فيه ثانويا والزوغان بحسب
الاتجاه ان يميل جزءآ العظم المنكسر بحيث تكون منهما زاوية حادة ويعرف
بسهولة من تقاص الطرف والزوغان بحسب الدائرة ان يلتفت احد جزءی
العظم المنكسر التفاتا رحويا الی عكس جهة الجزء الاخر سواء كان ذلك لاخر
ساكنا ومتحركا كما نشاهده فی كسر عظمی الساق اذا كان تقدم غير مضبوط ان يلتفت
الی الوحشية وينبرم الجزء السفلی المنكسر علی العلوی فيميل عرف القصبة
الی الوحشية والشفية الی الخلف ثم ان هذه الانواع الاربعة لا توجد فی جميع
العظام ولا تكون فيه توجد فيه علی حد سوی فانه لا يوجد فی الكسر العرضی

فى جسم الفك الاسفل الا ان الزوغان غير كامل بحسب السمك وذلك لكثرة سمكه وكثرته وقلة حركاته كما ان الزوغان بحسب الطول يعسر جدا فى كسر عظام الساعد والساق لانه لا يتم الا اذا كانت العظمة من اول الامر متروكة تركا كاملا بحسب سمك العضو (ولعل المعنى اذا كانت العظمة قبل الكسر غير ممسوكة بالعضلات والاربطة فى جميع سمكها) ولا يحصل فى الغالب بسبب عرض الاسطحة التى بها يتلامس جزءا العظم المنكسر وهذا الزوغان محال فى القدم والكف لان كثرة العضلات والاربطة ومقاومتها فيهما تحفظ جزءا العظم المنكسر على وضعهما واما الزوغان بحسب الاتجاه والزوغان بحسب الدائرة فهما كثيرا الحصول فى الاطراف وقد يكونان مصحوبين بالنوعين اللذين قبلهما كما فى كسر الفخذ فان الانواع الاربعة قد تكون فيه وذلك لان الفعل العضلى قد يزيغ بحسب السمك احد جزئى العظم المنكسر ثم يرفع السفلى بحيث يركب على العلوى فيحصل الزوغان فى الطول واذا كان الساق والقدم منخفضين عن الفخذ كما اذا كان الجزء العلوى من الفخذ موضوعا على نحو وسادة تسبب عن ثقلهما بروز الجزء السفلى من المنكسر الى الامام فيحصل الزوغان فى الاتجاه واذا كان القدم غير مثبت تحول الى الوحشية وجذب مع الساق الجزء السفلى من المنكسر فتحصل حركة رحوية بها تكون دائرة كل جزء من المنكسر خارجة عن مجاورتها الطبيعية فيحصل الزوغان الى الدائرة * ثم ان الزوغان المذكور اما ان يكون من السبب الذى تسبب كسره العظام دفع امامه جزءى المنكسر معا او احدهما فقط واما من انقباض العضلات المرتبطة اعلى الكسر او اسفله سواء كان الارتباط فى العظم المنكسر او فى العظم الذى يتصل به المنكسر اتصالا مفصليا واما من ثقل الاجزاء واما من حركات المريض الصادرة منه بدون انتباه واما من سوء وضعه عقب حصول المصيبة هذه هى اسباب الزوغان * واما الاسباب المتممة للكسر فالسقطات والضربات ومصادمة الاجسام المنقذفة فى الحرب وشدة ضغط العجل لان هذه الاسباب تؤثر فى النسيج العظمى زيادة عن تمديدها له تقوسا فجائيا به تزول من اجزائه القوة الماسكة وهناك اسباب مهيئة تغير البنية الالية للعظم فتصيره

اسباب الزوغان

اسباب الكسر

هشا وهي الحدبة ورياح الافرسة والداء الافرنجي والاسكوربوط والسرطان والقوبا والجرب والشيخوخة فان عظام الشيوخ اكثر قبولا لسرعة الكسر من عظام غيرهم ويمكن ان يكون ذلك صادرا فيهم من تناقص المادة الهلامية وتزايد المادة الجبية او من تناقص سمك جدران التجاويف النخاعية لانها تزيد سعتها فيهم ومما يهيئ له ايضا الهزال لتنقيصه حجم اللحم المحيط بالعظام وسطحية وضع بعض العظم ثم ان العظام الطويلة الغليظة كالقصبة والفخذ فى الاطراف السفلى اكثر قبولا له لانها امكن فى مسك اسباب الكسر من غيرها من بقية العظام بخلاف العظام العريضة التى فى الجذع فانها لما كانت اقل تعرضا للمصادمات الموجبة لكسرها كان كسرها اقل واندرها كسر القصير منها * ثم ان علامات الكسر اما معقولة واما محسوسة فالمعقولة وهى ملتبسة جدا الالم والخدر وعسر تحرك الجهة المريضة وتعذره والمحسوسة وتستفاد بالحواس هى سوء التركيب وقصر الاطراف وعدم التساوى فيها وقرقعة القطع المنكسرة فسوء التركيب وقصر الاطراف يكونان من زوغان العظم ويعلمان بالنظر واللمس وبواسطة مقابلة الجهة المريضة بالسليمة وعدم التساوى صادر من زوغان بعض الشظايا العظمية او من زوغان جزئى العظم المنكسر ويعرف بوضع الاصابع على العظام السطحية اى الغير الغائرة كالقصبة والرضفة ونحوهما والقرقعة صوت يحصل من احتكاك جزئى العظم المنكسر او الشظايا العظمية بعضها ببعض ولتحصيل هذه العلامات توضع كل من اليدين على الجهة المصابة ويضغط بهما على المحل المظنون ان فيه الكسر او يمسك الجزءآن من المنكسر ويحركان حركة متخالفة وهذا اذا لم يكن الطرف عظيم الحجم فان كان عظيمه كالفخذ مسك مساعد القدم وحركه حركات رحوية متخالفة للجهتين حال كون الجراح مثبتا الجزء العلوى من المنكسر باحدى يديه وواضعا الثانية على محل الكسر فان لم تدرك القرقعة بالسمع ظهرت بحس الجراح وممارسته واعتياده على ذلك يفيده تمييزها عن الازيز الذى يحصل من الانفيزيما والاوذيما او من تحريك الاربطة والاسطحة المفصلية بعض حركات ثم ان هذه العلامات وان

علامات الكسر

وجدت فقد لا تشخص المرض الا تشخيصا غير واضح اما لكون اجزاء المنكسر باقية على وضعها الاصلى او لكثرة الاجزاء الرخوة المحيطة بالعظم كعنق عظم الفخذ او جسمه او لوجود الورم الالتهابى الحاصل فى الجهة المريضة ومتى كان وجود الكسر غير مؤكد فالتغطى الجهة المصابة برفائد مغموسة فى سيال محلل وتحفظ على وضع ثابت لا يتغير بواسطة جهاز وثيق فان ذلك يكفى فى ازالة الورم بعد ايام قليلة وفى تحقق الجراح وجود المرض المشكوك فيه اوعدمه * ثم ان انذار الكسر يكون على حسب نوع العظم المصاب ونوع تفرق الاتصال وسن المصاب ومصاحبة بعض الامراض له والعوارض التى تعقبه اما اختلافه بحسب نوع العظم المنكسر فان كسر العظام السطحية كالترقوة والفك الاسفل والقصبة اقل رداءة من كسر الاضلاع وعظم الفخذ وعظام الحوض وكسر عظام الجذع اشد خطرا من كسر عظام الاطراف وكسر عظام الاطراف السفلى اشد خطرا من العليا لاختلاف حجم العضلات والعظام المكونة لها ومما يزيد فى ثقل الكسر الراحة الكلية الشهرية والوضع المتعب الذى تقتضيه دائما العظام اللاسمية وعظمى الفخذ والساق واما اختلافه بحسب نوع الكسر فان الكسر الحاصل من سبب غير واصل اقل قبولا للعوارض من الكسر الحاصل من سبب واصل مع اتحادهما فى جميع الاشياء فالكسر اذا كان فى طرف العظم اى فى مفصله من سقطة على ذلك المفصل يخشى فيه من تغير الغضاريف والاربطة المفصلية ثم من الانكيلوزى بخلاف ما اذا كان الكسر فى جسم العظم من سقطة على طرفه المفصلى فلا يخشى من هذه العوارض وكذا اختلافه فى اتجاه الكسر فان تجبير الكسر بالعرض اسهل جدا من تجبير الكسر المنحرف والكسر التفتتى لان الزوغان فى الكسرين الاخيرين وتمزق الاجزاء الرخوة المصاحب لهما فى الغالب يصيران الانذار فيهما اثقل منه فى الكسر الاول وكذا اختلافه بحسب السن فان تجبير الكسر فى السليم من الشبان من داء الخنازير اى التسلمه فيه لا يبطى زمنا طويلا بل يكتسب الصلابة والمتانة العظيمة بسرعة بخلافه فى الشيوخ فيبطى فى السير جدا وقد لا يكمل واما اختلافه بحسب ما يصاحبه من الامراض

انذاره

فان

فان الاوسكوربوط الذى قد يصاحبه ردئ جدا فانه زيادة عن كونه يمنع اجتهاد الطبيعة فى الالتئام يمحق ما فعلته منه ولا يخفى ان مما يزيد فى خطر الكسر ما يصاحبه من جرح او رض اللحم او الالتهاب او تمزق الاوعية والاعصاب او التقيح الشديد الغائر او الحميات الشديدة التى تحدث

الكلام على معالجة الكسر

معالجة الكسر تكون اولا برد زوغان الاجزاء العظمية ان كان ثم حفظها على وضعها الطبيعى وبتدارك ما يصاحبه من الاعراض قبل حصوله او مقاومته ان كان حاصلا * ثم ان كان الكسر فى عظام الوجه او فى احد الاطراف العليا فلا شك ان المريض يمكنه الانتقال بنفسه بدون تعب ويكفى فى هذا تثبيت العضو المكسور باليد السليمة ومنعه عن التحرك واما اذا كان فى احد الاطراف السفلى او فى العامود لفقارى فاول ما يفعله المساعدون من الاجتهاد ان ينقلوه باخف ما يمكنهم من الحركة ثم يقربون الفخذ المكسور او الساق المكسور الى مقابله السليم ثم يضعون تحته لوحا او اى جسم متين صلب ليصان به عن الحركة ثم يوضع المريض وضعا افقيا وتنزع ملابسه باحتراس ويقص منها ما هو ضيق جدا ويستدعى بعض حركات اذا نزع ثم بعد ذلك يرد الكسر ورده يكون بالشد والشد المقابل وبالتجبير اى التوفيق وليس بلازم ان تكون هذه الحركات الثلاث موجودة فى جميع انواع الكسر فان عظام الوجه والرأس والجذع لا يكون فيها سوى التجبير لان الاجزاء المنكسرة منها لما كانت مضبوطة بالعظام المجاورة لها كانت قليلة الزوغان جدا بخلاف الاطراف فلا بد فيها من الحركات الثلاث * فالشد جذب احد جزئى العظم المنكسر لتخليصه من سوء وضعه وجعله حذاء الجزء المقابل له ويكون باليدين فقط او معانتين باربطة يدخل فى عروتها العضو المكسور ويشد ر الاحتياج لوسائط غير ما ذكر والشد المقابل حركة تقابل حركة الشد والمقصود منها تثبيت احد جزئى العظم المنكسر القريب الى الجذع وحفظه عن تحرك ولا يفعل الا حال الشد فى الجزء الثانى وانما يلزم اذا لم يكف

معالجته الاولية

رد الكسر

بالشد

والشد المقابل

ثقل الجسم فى مقاومة الشد فيفوض الى مساعد او اكثر تثبيت الجهة المصابة
اما بالايدى منفردة او مع اربطة توضع فى محل لائق بذلك ولا ينبغى ان يكون كل
من حركتى الشد والشد المقابل فى محل الكسر خوفا من تهييج العضلات واحداث
انقباض تشنجى يمنع الاجتهاد فى الرد فينبغى فى كسر الفخذ مثلا ان يكون الشد
من اسفل الساق والشد المقابل فى الحوض وقد يكون كل من حركتى الشد
والشد المقابل فى عضو بعيد عن العضو المصاب لاقتضاء كينونته ذلك واستحالتهما
فيه كالترقوة اذا كانت مكسورة فيكون الشد فى العضد والمنكب والشد المقابل
فى الجذع وقد لا يكونان الا فى العظم المصاب نفسه كما اذا كان الكسر فى الفك
مثلا فلا يكونان الا فيه لتكون الاجزاء المنكسرة فى وضعها متماسة ثم انه ينبغى
ان يكون الشد الى خلاف اتجاه الجزء الزائغ من العظم فاذا انكسر العضد مثلا
انكسارا منحرفا وكان الجزء المنحاز للساعد منه صاعدا من الانسية كان شده
بجذبه اولا بانحراف الى الاسفل والوحشية ثم باستقامة الى الاسفل فقط ليعود
الى وضعه الطبيعى ثم انه لا يمكن فى اول الامر تعيين درجة قوة الرد المضطر اليها
فى اى كسر كان فانها تكون بحسب الزوغان كبرا وصغرا وبحسب مقاومة الجهة
شدة وضعفا والتجبير هو فعل يدفع به الجراح اجزاء العظم المنكسر او الشظايا
العظمية الى بعضها او يوفقها بيديه حتى يضعها فى مجاوراتها الجيدة ولا تكون
هذه الحركة فى الكسر البسيط فانه يكفى فيه تقريب طرفى الكسر حتى يتلامسا
وانما تكون فى الكسر التفتتى فان الشظايا فيه لا يمكن ان تتساوى من ذاتها اذا لم
يدفع بعضها نحو بعض بالاصابع وهو لازم فى رد بعض انواع الكسر ككسر عظم
الجمجمة وعظام الانف والنتوات الزوجية والاضلاع وغيرها واكثر صدور
الزوغان فى هذه الاعضاء من السبب البادى ثم ان حفظ تجبير الكسر لا يحصل
الا بكيفية وضع العضو وراحته والجهاز اللائق به فاما وضع العضو المصاب
فيختلف بحسب نوع الكسر ومجلسه ونحو ذلك غير ان الغالب ان يكون على سطح
افقى او وسادة محشوة بكتان او قطن او شعر خيل او تبن وتكون مغطاة بملاءة مطوية
جملة طيات وقد استعمل الجراحون لوضع العضو طريقتين فبعضهم استعمل

وبالتجبير

طريقة الوضع الافقي وبعضهم الوضع الانثنائي النصف فالوضع الافقي وان كان ليس بطبيعي جدا وتكون فيه العضلات متصلبة فهو حسن من حيث انه يعلم منه بقاء اطراف العظم على المجاورة التي اكتسبتها وعدمه لكن عيبه ان العضلات تجتهد دائما بفعلها في ازاغة الاجزاء المنكسرة فيصير هذا الوضع مؤلما جدا في الغالب وكثيرا ما ينشأ عنه انكيلوزى وجساوة المفاصل والوضع الانثنائي النصف ان يوضع العضو منثنيا انثناء غير كامل وهو اجود من سابقه من حيث استرخاء العضلات فيه وراحة العضو الراحة الكاملة وعدم امكان زوغان اجزاء المنكسر وقلة اتعابه للمريض ما امكن لكنه يقتضي من المريض التجلد والهدو ولم يستعمل الا في الاطراف العليا

الراحة * واما الراحة فضرورية اذ بدونها تضطرب الاجزاء العظمية فلا يتم التئامها وربما تكون من ذلك مفصل غير طبيعي يعجز المريض

الجهاز * واما الجهاز فيشتمل على رفائد ولفائف ورباط ملفوف ورباط دسولت ووسائد من كتان او قطن او مشاق وجبائر وملاءات وعصائب من كتان فالرفائد تكون مستطيلة او مربعة كثيرة السموكة او قليلتها بحسب حجم الجهة المصابة وينبغي ان تغمس في سيال محلل كالعرقي المكوفر وكذا اللفافتان اذ ذلك مما يصير وضع كل سهلا جدا والرباط الملفوف يعمل بلفافة اعتيادية وينفع في انواع الكسر البسيط جدا القليل الزوغان ككسر عظام الكف والقدم والساعد ورباط دسولت مركب من اشرطة متفاصلة عرض كل منها من قيراطين الى ثلاثة وطوله كاف في ان يحيط بداير العضو مرة ونصف وعددها بقدر ما يكفي على ان الثاني منها اذا غطى ثلثي الاول والثالث ثلثي الثاني وهكذا غطى العضو كله والوسائد قطع من خرق تهيء لتملاء الاخلية الكائنة في اسطحة الاعضاء وتدارك ضغط الجبائر المؤلم على الاجزاء البارزة والملاءات تشمل الملاءات المعتادة وغيرها من قطع القماش الطويلة جدا ومنفعتها ان توضع تحت العضو ايتلف فيها الجبائر الجانبية والشد الحاصل من لف الملاءات على الجبائر يعين مع بقية الاشياء على ثبوت الجهاز بمتانته والجبائر قطع من مقوى او تنك او خشب مختلفة في الطول باختلاف طول الجهة المكسورة ولابد ان يكون في سطحها

الباطن الملامس للعضو بعض تقعير ووضعها يكون على سطح القطر المقدم الخلفي والقطر العرضي للعظم المصاب وينبغي وضع اربعة منها في كسر العضد وثلاثة في كسر عظم الفخذ ولا يحتاج فيه لرابعة لنيابة فراش المريض عنها وربما لا يحتاج في كسر عظام الساعد لوضع جبيرة على جهة العظم الذي بقي سليما فان سلامته تقوم مقامها والعصايب من الكتان منفعتها تطبيق قطع الجهاز وتثبيتها مشدودة على العضو بحيث تكون مع الجهاز والعضو كجسم واحد ولذا ينبغي تعددها بقدر الحاجة وشدها شدا كافيا ثم انه لا يلزم اجتماع قطع الجهاز المذكورة جميعها في جميع انواع الكسر اذ لا يحتاج في الكسر البسيط الا لمقلاع اي حفاظ ذقني ورفادتين مستطيلتين او ثلاث كما انه لا يحتاج في كسر الساعد الا لجبيرتين احداهما من الامام والثانية من الخلف ورفادتين ولفافة وعلاقة بخلاف كسر جسم عظم الفخذ والقصبة والعضد ونحوها فلا بد ان يكون الجهاز فيها كاملا وينبغي صف القطع المذكورة على فراش المريض بحسب ترتيب استعمالها وهو عكس ما سلكناه في شرحها فتوضع اولا العصائب ثم الملاءآت ثم الجبائر وهكذا على عكس ترتيب شرحها * ومما يستعمل في تثبيت تجبير الكسر بعض اجهزة ميكانيكية كثيرة التركيب او قليلته وسنذكرها في معالجة بعض انواع الكسر على حدتها * ثم بعد وضع الوسائط المثبتة للجهاز ووضع العضو وضعا لائقا يجتهد في تدارك العوارض الممكن حدوثها فينبغي الابتداء كما هو العادة بحمية المريض مدة اربعة ايام او خمسة ثم فصده ما لا فصدا او اكثر بحسب سنه وقوته ومزاجه الا اذا كان ضعيفا هرما فلا يفصد ثم يؤمر له بمشروب مرطب ويؤذن له بعد ثمانية ايام بتناول الاغذية وينبغي ان يبتدأ منها بالمشروبات الخفيفة وان يزاد في كميتها تدريجا واذا كان معه استمساك اعطيت له الحقن او الادوية المسهلة اسهالا لطيفا وينبغي ايضا بل الجهاز في الاربعة والعشرين ساعة الاول بماء محلل كالماء القراح او العرقي الممزوج بالماء ثم بمطبوخ الخبازي او منقوع البيلسان وليحترس من ان يكون الجهاز مشدودا جدا او مرتخيا كذلك ويجتهد في جعل المريض ملازما للراحة الكلية حافظا عضوه عن التحرك * ثم انه ينبغي

الجهاز الميكانيكي والكسر

المعالجة التابعة

اعادة الجهاز

الى لا تمضى خمسة عشر يوما بدون ان يحل الجهاز ليعلم هل اجزاء المنكسر ملامسة لبعضها ا ولا وليحترس من تحريك العضو وقت الاستقصاء عن ذلك وهذا كله اذا كان الكسر بسيطا وغير مصحوب بعارض اصلا كالرض او الجرح او الالتهاب او الخلع وهذه هى مصاحباته الرئيسة فان كان مصحوبا برض شديد وجب الالحاح بالفصد ووضع المحللات وازالة الجهاز غداة الوضع وعيادة العضو فى كل يوم وبذلك يتدارك ما يمكن وقوعه من التورم العظيم جدا الذى ربما اذا حصل واستمر تتغنغر منه الجبهة واذا تكونت نفاطات فتحت بالمقص بان تقطع به البشرة الساترة لها وينبغى التنبيه وقت القطع ثم تغطى بخرقة رفيعة مدهونة بمرهم جالينوس وان كان مصحوبا بجرح وجب فى اول الامر ان يبحث هل هو ناشئ عن سبب الكسر او عن شظايا العظم المنكسر فان كان عن السبب المذكور ويكون حينئذ اقل ثقلا ويقطع سيره بدون ان يعيق شفا الكسر كفت فيه المداواة البسيطة فيداوى مداواة تابعية بدون ان يزال الجهاز بالكلية وان كان عن شظايا العظم ويكون حينئذ ثقيلا جدا وجب فى اول الامر ادخال تلك الشظايا لكن يجب قبل ادخالها اذا كانت منحرفة فيها اسنان حادة ازالة تلك الاسنان بالمشرط وهذا اذا لم تكن الشظايا منفصلة فان كانت منفصلة بالكلية وجب استئصالها واما ان كانت غير منفصلة بالكلية وجب ابقاؤها واذا احتيج فى ادخال هذه الشظايا محلها التوسيع الجرح وسع * وان كان الكسر تفتتيا او مصحوبا بعارض كتمزق الجلد وهتك العضلات والاوتار تمزقا وهتكا عظيمين بحيث يخشى منهما موت هذه الاجزاء وجب بتر العضو بدون تراخ ومثل هذا فى وجوب البتر ما اذا كان كل من الطرفين المفصليين لعظمين متفتتا والاجزاء الليفية الضامة لهما متمزقة واذا حصل للشخص ارتجاج وان كان خفيفا من نقله من المحل المصاب فيه الى المحل الذى يداوى فيه او اخر عنه الاسعاف حصل دائما ورم التهابى كثير او قليل فعند ذلك ينبغى الالحاح بالفصد العام والحمية ووضع الضمادات الملينة على جميع العضو المصاب وينبغى تجديدها كل يوم حتى يزول الالتهاب وان كان الكسر مصحوبا بخلع وجب رد الثانى قبل تجبير الاول ما دام الخلع قابلا للرد والا اشتغل من اول الامر بتجبير الكسر

ولا يجتهد فى الرد الا بعد التئام الكسر التئاما متينا وان احتمل ان لا يصح الرد

التئام الكسر

* ثم ان التئام الكسر ينشأ من تكون الدشبد وهى مادة التحام العظام زمن التئام العظام المنكسرة التى لم تزل مغطاة باجزاء رخوة كثيرة السلامة اوقليلتها ينقسم الى ثلاثة ادوار الدور الاول يحصل فيه طفحان دم قليل الكمية يصدر من تمزق الاوعية وافراز عصارة لزجة ترشح من الغشاء النخاعى والسمحاق والانسجة المجاورة اوالقريبة والدور الثانى يحصل فيه ورم التهابى فى هذه الاجزاء المختلفة سيما السمحاق فيرم ويبعد عن العظم بسبب ارتشاح العصارة المذكورة ثم لما تتكاثف هذه العصارة والانسجة المجاورة للكسر ويتكون من ذلك من الخارج شبه حلقة ومن الباطن شبه مسمار يملاء القناة النخاعية ينضم طرفا العظم لبعضهما وينتقل ذلك الى الحالة العظمية والدور الثالث تلتحم فيه حقيقة اطراف العظم المنكسرة التى كانت لينة بواسطة تعظم العصارة اللزجة الكائنة بين الاطراف وتتكون القناة النخاعية ويزول ورم السمحاق وتعظمه وكذا ورم الاجزاء الرخوة وتعظمها وتكون المادة فى الدور الاول والثانى يسمى بالاندمال الوقتى وتكونها فى الدور الثالث يسمى بالاندمال الدائم وقد وضع هذا التمييز فى الطب العملى المعلم دوبيترن بعد ان تأكده بالامتحانات المتكررة فى الحيوانات الحية

الكلام على كسر العظام تفصيلا

ولما فرغنا من الكلام على الكسر بوجه اجمالى نشرع فى الكلام على كسر كل عظم على حدته وما يلزم له من التجبير فنقول

الاول كسر السلاميات وهو يحصل دائما من سبب واصل ويصحبه رض قوى فى الاجزاء الرخوة وكثيرا ما تتهرس تلك الاجزاء مع قطع العظام * ويعرف بتشوه الاصبع فيكون مقوسا لجهة الانثناء من محل الكسر ويكفى غالبا فى تحقق تقوسه ادنى الاستقصاء * ورد هذا الكسر يكون بشد احد المساعدين الاصبع المكسور حال كون المساعد الاخر ماسكا الكف مثبتاله والجهاز لفافة صغيرة تلف على الاصبع بعض لفات وجبيرتان من خشب رقيق يوضعان على السطحين

علامته

الرد

الظهرى والراحى للاصبع ويحاط بعض لفات ثم تقرب الاصابع الى بعضها اويلف عليها ايضا بعض لفات ويكفى فى التئام هذا الكسر خمسة وعشرون يوما اوثلاثون ثم اذا كان هذا الكسر مصحوبا بهرس اوجرح وظهر مع ذلك ان الجهة قابلة لعودها للحياة وجب تقريب شفتى الجرح لبعضهما اوتسكين الالتهاب بالفصد واستعمال الماء البارد فاذا كانت السلامى قريبة الانفصال عن الاجزاء الرخوة فالاجود بترها حالا

الثانى كسر عظام المشط كسر عظام المشط غير كثير الحصول ويندر ان يكون غير واصل وذلك لاستنادها بعضها وينشأ من الهرس اومن مصادمة الاسلحة النارية وقد ينكسر بعضها كسرا بسيطا تعسر معرفته لانه لايوجد فيه زوغان لحفظه بالعظام المجاورة له فى محله ورده فى اى حالة من الاحوال كرد كسر السلاميات والجهاز وفادتان درجيتان يوضعان على طول العظم المنكسر ثم جبيرتان ضيقتان يوضعان عليهما ثم لفافه تشد جميع ذلك وتلف ايضا على الكف والتئامه يتم فى عشرين اوثلاثين يوما واذا كان هذا الكسر مصحوبا بجرح اوشظايا وجبت عملية الاطلاق لاستئصال القطع العظمية المنفصلة واذا صحبه هرس فى عظام كثيرة مع هتك فى الاوتار بحيث ظهران التئام الكف محالا وجبت عملية البتر

الثالث كسر عظام الرسغ كسر عظام الرسغ يتسبب دائما عن سبب واصل ويكون مصحوبا فى الغالب برض شديد اوجرح اوبهرس فى العظام اذا كان السبب المؤثر قويا جدا ويعرف بتشوه الجهة وبالقرقعة ولايسهل دائما وجود هذه العلامة الاخيرة ثم ان هذا الكسر مادام غير مصحوب بجرح يداوى بوضع الجهاز المخصوص بكسر الساعد الا ان الجهاز المذكور هنا يمد الى الكف ثم يعالج رض الاجزاء الرخوة بالوسائط المناسبة له فان كان مصحوبا بجرح اوشظايا وجبت عملية الاطلاق واخراج تلك الشظايا ومقاومة العوارض التى لابد عن ظهورها

الرابع كسر عظمى الساعد عظما الساعد قد ينكسران معا اواحدهما وكسر

الكعبرة اكثر حصولا من كسر الزند لانه يتحمل ثقل الجسم فى السقطات على الكف وهى لا تتحمل ذلك ومن حيث كونها المركز الرئيس للكف وكون اتجاه وضعها كاتجاه وضع العضد فهى اكثر تعرضا للاسباب البادية وكسر الكعبرة قد يكون فى وسطها او فى احد طرفيها ويكون بالعرض او منحرفا وقد يتسبب عن ضربة وسقطة على الحافة الوحشية للساعد لكن الغالب ان يكون من سبب غير واصل وذلك فيما اذا حصلت سقطة على راحة الكف فانضغطت الكعبرة فيما بين العضد الموصل لها ثقل الجسم وبين الكف المرتكز على الارض او تقوست جدا فانها تنكسر لكن انكسارها فى بعض الاحيان يكون من نحو وسطها وفى اغلبها من نحو احد طرفيها * ثم ان المريض حال حصول هذه المصيبة يستشعر بالم شديد ولا يتمكن من تتميم حركة الكب والانبطاح ثم ان كان الكسر فى الجهة الوسطى منها عرف بجسه باليد وبالغمز كثيرا او قليلا لانه يحس بانخفاض الاجزاء المنكسرة نحو الزند و ذا حرك الذراع حركة انبطاح وكب فلا يتحرك الجزء العلوى منه اصلا واما اذا كان قريبا من طرفها السفلى اعنى قريبا من المفصل الكعبرى الرسغى كان التشخيص فى بعض الاحيان عسر الكن الكف يكون منقلبا الى الانسية والزوغان بحسب الطول يكون محالا بالكلية لان الزند يكون بمنزلة جبيرة لها وردهذا الكسر سهل جدا غاية ما فيه ان يجتهد حال الشد فى تميل الكف نحو الحافة الزندية للساعد ثم الذهاب بالجزء السفلى المنكسر الى الوحشية * والجهاز يشتمل على القطع المذكورة فى كسر عظمى الساعد معا وستأتى وعلى الجبيرة الزندية للمعلم دبوبترن وهى صفيحة من حديد منحنية من طرفها السفلى وقبل وضع جهاز كسر الساعد الاعتيادى الاتى يثبت الطرف العلوى للجبيرة الحديدية على الحافة الزندية للساعد ببعض لفات من اللفافة ويوضع فيما بين الجهة الانسية لعنق اليد وبين تحدب هذه الجبيرة رفادة مطوية جملة طيات لتبعد بذلك الجبيرة عن الزند ثم يقرب الكف نحو الجبيرة ملامسا حافته الكعبرية بواسطة بعض لفات من اللفافة وهذه الآلة قليلة الثقل ويزال التمامها فى خمسة وعشرين يوما او ثلاثين * وعظم الزند اقل

العلامات

الرد

الجهاز

كسر الزند وحده

كسرا

كسرا من الكعبرة واذا حصل كان غالبا في طرفه السفلي وقد يكون في وسطه وقد يصيب النتو المنتهي هو به من اعلى رأس المرفق * وهو يحصل في الغالب من سبب واصل اعني من ضربة او سقطة على الحافة الانسية للساعد وقد ينشأ عن سبب غير واصل كما اذا حصلت سقطة على الكف حال كونه متحركا حركة تقريب قوية * وعلامته ان يحفظ الجزء المكسور العلوي من جسمه وضعه الاعتيادي وينجذب السفلي منه نحو الكعبرة بفعل العضلة المربعة المنبطحة وورد كسره كرد كسر الكعبرة الا ان الكف فيه يمال نحو الحافة الكعبرية للساعد لاجل ان يحصل تبعيد الجزء السفلي المكسور * والكعبرة والزند كثيرا ما ينكسران معا وقد سموا هذا بكسر الساعد والاولى ان يقال كسر الكعبرة والزند وهذا الكسر مع كثرته هو اقل حصولا من كسر الكعبرة وحدها ثم انه يكون بسيطا ومزدوجا كما انه يكون في وسط الساعد او قرب احد طرفيه ويندر كونه في الطرف العلوي لانه موثق ومحفوظ بعضلات صفيقة كثيرة وانكسارهما في اغلب الاحوال يكون متحاذيا وتارة يكون متخالفا بالارتفاع والانخفاض * والغالب ان يكون من سبب واصل كضربة ومرور عجل عربانة وغيرهما وقد يكون من سبب غير واصل كسقطة على اليد لكنه لا يزدوج اي لا يكون في محلين الا من السبب الواصل ثم انه لابد ان يصحبه زوغان الاجزاء المنكسرة اي انجذاب احدهما نحو الثاني وتقاربهما بدون واسطة بسبب فعل العضلات الكابة ومن ذلك تتناقص المسافة الكائنة بين العظمين التي سلامتها ضرورية لحركة الانكباب والانبطاح وسبب تناقصها اندفاع العضلات المائلة لهما الى الامام او الى الخلف ولا شك ان ذلك مما يغير شكل هذا الطرف تغيرا خفيفا وقد يصحبه الزوغان بحسب الاتجاه ويتسبب عن فعل العضلات القابضة والباسطة وقد يتسبب عن سبب الكسر ايضا وقد يصحبه زوغان بحسب الطول الا ان كيفية انضمام الكعبرة والزند بالرباط بين العظمين تصيره نادرا كما عسر اما لم يكن هناك تمزق عظيم * واعلم ان تشخيص هذا الكسر سهل في الغالب ويعرف بالحركة الغير الاعتيادية الكائنة حذاء الكسر وبانخفاض حوالي الكعبرة والزند وبالقرقعة وبعسر حركة الانكباب والانبطاح

قوله والاولى ان يقال كسر الكعبرة والزند معا لعل وجه الاولوية ان الساعد يشمل رأس المرفق مع ان كسر رأس المرفق يختص باسم ولذا افرده

وبالالم المصاحب لهذه الحركات ثم ان كان الكسر نحو الطرف السفلى من الساعد فلا يشك فى وجوده لكن قد يتفق ان يظن انه خلع حصل فى مفصل الكف سيما اذا حدث ورم عقب الكسر لكن ان كان الورم خفيفا امكن معه التمييز بينهما بمسك الجزء السفلى من الساعد باحدى اليدين والكف باليد الثانية ثم تحريكه فان سرت الحركة الى الجزء السفلى من الساعد تبين ان هنالك كسرا والافلا وان كان الورم عظيما جدا كان تمييزهما عسرا جدا وفى هذه الحالة خطر لانه كثيرا ما يأخذ الكسر فى الالتئام قبل ان يزول الورم الذى هو كثيرا ما يستمر بسبب التهيج الحاصل من الاجزاء فيكون الالتئام معيبا اويصير الخلع غير قابل للرد اما ان كان الكسر نحو الطرف العلوى منه ففى تشخيصه بعض عسر لسموكة الاجزاء المحيطة بهذا الطرف وضيق المسافة بين العظمين فى هذا الجزء والغالب انه لا خطر فى كسر الساعد الا فى هذه المسافة * ورده يكون بثنى الساعد نصف انثناء وكبه نصف انكباب ثم قبض احد مساعدين على اصابع المريض الاربعة لفعل الشد وقبض مساعد آخر على العضد بقوة من اعلى المرفق لفعل الشد المقابل ثم دفع الجراح العضلات الباسطة والقابضة فى المسافة بين العظمين بالغمز الخفيف على الوجهين المقدم والخلفى من هذا العضو لترجع هذه المسافة الى حالتها الطبيعية بسبب انفصال الاجزاء المكسورة من الكعبرة عن الاجزاء المكسورة من الزند ثم بعد ذلك يضع الجراح على ظاهر هذا العضو وباطنه عدة من الرفايد الدرجية تكفى فى ارتفاع قطره المقدم الخلفى عن المستعرض بحيث يتحمل هو وحده ضغط الرباط ثم يضع على الرفايد جبيرتين ويثبتهما بلفافة طولها من ثمانية اذرع الى عشرة لكن بعد الف بها جملة لفات حلقية حول الكف لتدارك تورمه الاوذيمى ثم يبسط العضو من انثنائه النصفى ثم بعد ذلك يحفظ منكبا على وسادة او يعلق فى علاقة وينبغى تجديد الجهاز فى كل سبعة ايام او ثمانية والغالب ان يلتئم الكسر فى خمسة وثلاثين يوما او اربعين

الخامس كسر رأس المرفق كثيرا ما تكسر رأس المرفق بسبب سطحية وضع هذا

النتو والغالب ان يكون من سبب واصل كسقطة اوضربة على المرفق وقد يحصل
من انقباض العضلة العضدية ذات الرأسين انقباضا تشنجيا ومجلسه قاعدة
هذا النتو او قمته ويكون طوليا اوعرضيا ومنحرفا كما يكون بسيطا او مصحوبا
بجرح اوخلع فى الساعد اوفى العضد ويكون دائما مصحوبا بزوغان اذا كان غير
طولى واذا كان بالعرض او منحرفا جذبت العضلة العضدية ذات الرأسين الجزء
العلوى منه الى اعلى ومن حيث ان هذه العضلة تترك الساعد عند ذلك ينثنى
دفعة توجد مسافة عظيمة فيما بين الجزء العلوى والسفلى من المنكسر * ويعرف
هذا الكسر بسهولة من مقابلة المرفقين ببعضهما وبالاحساس بخلو غير طبيعى
عند وضع الاصبع على المرفق المصاب ويعسر التشخيص اذا كان هناك انتفاخ
حوالى المفصل * والرد يكون بشد الساعد ثم تنكيس المرفق وهذا اذا لم يكن هناك
انتفاخ عظيم والا اجتهد اولا فى ازالته بالفصد والموضعيات الملينة مع الاعتناء
بحفظ الذراع منثنيا نصف انثناء وهذا الوضع هو الاليق به خصوصا اذا خيف
حدوث الانكيلوزى لانه يحصل غالبا اذا كان الكسر مصحوبا بالمصاحبات
المتقدمة * ومعالجة هذا الكسر تكون بشد الذراع ووضع الرباط الضام
للجروح المستعرضة عليه ثم وضع الرفائد الدرجية فوق الجزء العلوى منه ولا توضع
الاعليه لان رأس المرفق قابل للزوغان ثم وضع جبيرة على الجهة المقدمة للذراع
تمد عليه من نصف العضد الى نصف الساعد ثم بعد ذلك يثبت الجهاز بواسطة
لفافة وينبغى ابقاء هذا الجهاز مدة ولا يغير الا عند استرخائه
السادس كسر العضد قد ينكسر العضد من وسطه او من طرفيه او من محال
كثيرة بين هذين المحلين والدلالات الشغائية تختلف باختلاف محله ولذا انقسم
كسر العضد الى كسر جسمه وهو ما كان اسفل مندغم العضلات الكبيرة
الصدرية والكبيرة الظهرية والكبيرة المبرومة والى كسر عنقه وهو ما كان اعلى من
ذلك فاما كسر جسم العضد فيكون فى وسطه اسفل مندغم العضلة الدالية
بقليل وقد يكون فى نفس المندغم المذكور ويشد وصوله الى قرب الطرف نحو
المفصل العضدى الزندى فانه قد يمتد ليس عند متباعد النتوين اللقميين عن

بعضهما وهذا الكسر فى اى محل كان مجلسه يكون عرضيا او منحرفا او تفتيتا ويكون بسيطا او مركبا * واذا نظر لاسبابه فيندر حصوله من سبب غير واصل اى من سبب يكون تاثيره فى كلا طرفيه معا يزيد فى تقوسه الطبيعى فينكسر جسمه والغالب ان يكون من سبب واصل كصدمة او ضربة تؤثر فى المحل الذى يحصل فيه الكسر * وعلاماته ان يحس المريض حال الكسر بالم ثابت فى نقطة ما من العضد ولا يمكنه استعمال ذراعه الذى يتغير شكله واتجاهه بسبب انقباض العضلات المحيطة به وقد يكون هذا التغير اختلاجيا او تشنجيا ثم ان كان كسر هذا العظم من جهته الوسطى اسفل مندغم العضلة الدالية فى مسافة ارتباط العضلة العضدية المقدمة لم يحصل الزوغان طولا لان هذه العضلة بسبب موازاتها للعضلة ذات الروس الثلاث العضدية تمنع ذلك وان كان الكسر بالعرض كان الزوغان زاويا فقط وان كان منحرفا ركب الجزء السفلى المكسور على العلوى بالطول اما من الانسية او الوحشية على حسب اتجاه الانحراف وان كان كسره اسفل مندغم العضلة الدالية انجذب الجزء السفلى الى الاعلى والوحشية من انقباض هذه العضلة وذهب الجزء العلوى الى انسى العضلات الثلاث الكبيرة الظهرية والكبيرة المبرومة والكبيرة الصدرية واتساع اسطحة الاجزاء المكسورة يمنع الزوغان العظيم فيما اذا كان الكسر فى الجزء السفلى للعضد لكون الجزء المذكور يذهب قليلا الى الامام من العضلات الكعبرية والعضلات الشاغلة للجهة المقدمة للساعد وفى بعض الاحوال النادرة وجد هذا الجزء بارزا الى الخلف لكن كان سبب الكسر فى هذه الحالة غير تام التأثير لكونه احدث دفع ذلك الجزء الى هذه الجهة وبقى فيها مركزا للجزء العلوى وحركة الشد تكفى فى رده الى وضعه الطبيعى وان انفصل احد النتوين اللقميين عن العظم انجذب الانسى منهما الى الامام والانسية والوحشى منهما الى الوحشية * وكسر العضد يصحبه دائما زوغان كثير او قليل الى احدى الجهتين المذكورتين وهذا الزوغان يغير المجاورة التشريحية المعروفة وذلك مما يصير واسطة فى التشخيص فان الحدبة الوحشية للعضد اذا لم تحاذ بروز جزء المنكب وجدت فى محل آخر فاذا تعرى المريض واستقصى من الخلف

عن وضع المرفقين فيه وجد المريض منهما متمنعا عن الثاني واذا قبض على العضد باليدين بان توضع احداهما على الجهة العليا وثانيتهما على الجهة السفلى وحرك حركات مختالفة ادرك تحرك الاجزاء المكسورة بعضها فوق بعض وعند ذلك لا يشك في وجود الكسر وكذا لا يكون التشخيص عسرا فيما اذا كان مجلس الكسر في الطرف السفلى للعضد نعم يمكن ان يشتبه بوجود خلع في الساعد والانتفاخ الالتهابي الذي هو كثيرا ما يحصل يزيد في الارتباك الحاصل في هذه الحالة وكسر جسم العضد لا يلتئم الا في اربعين يوما او خمسة واربعين اذا كان غير مصحوب بالمصاحبات المذكورة ولا يكون خطرا صلا الا متى كان قريبا جدا من مفصل المرفق لان الاسطحة المفصلية حينئذ قد تلتهب بالفعل ويخشى من حصول انكيلوزى كاذب * ومعالجة كسر جسم العضد سهلة جدا وتجبيره يكون بحركتي الشد والشد المقابل فالاولى بجذب الساعد المنثنى نصف انثناء والثانية تثبت المنكب فعند ذلك يحصل تطابق العظم من ذاته غالبا وقبل وضع قطع الجهاز يحاط الكف والساعد والاصابع برباط مبروم لتدارك الاحتقان الاوذيمي قبل حصوله ويسير الجراح باللفافات على العضد شادا عليه برفق ويلف اربع لفافات حلقية او خمس على الكسر وتملأ الحفرة الذالية بنسالة وبعد تحقيق حفظ الرد وكينونة البروز الذي فوق النتوء اللقمي على مسامتة خط الجهة الاكثر بروزا من المنكب توضع ثلاث جبائر على طول الحوافي الخلفية والمقدمة والوحشية من العضد وتوضع مخدة تبون عن الجبيرة الانسية وهذه الجبائر الثلاث ينبغي ان تجاوز المنكب والمرفق بقليل ما عدا الجبيرة المقدمة وتثبت بلفافات جديدة من اللفافة وقد يضطر لوضع رفادة اورفادتين درجيتين اسفل احدى الجبائر ليحفظ احد الاجزاء المكسورة عن قبوله للزوغان للجهة الاخرى وبعد وضع هذا الحفاظ يبسط الذراع منثنيا نصف انثناء محفوظ البعد قليلا عن الجذع وبعد بعض ايام يؤذن للمريض بالمشي مع الحرص على تقريب عضده لجذعه وحافظ الساعد في العلاقة واذا كان مجلس الكسر قرب مفصل المرفق يكفي فيه ايضا نفس هذا الجهاز ولو كان لا يمسك مسكا جيدا على الجزء السفلي

المكسور منه وانما ينبغي الاجتهاد العظيم في ثني الساعد حتى ان عضلاته المقدمة تكون عديمة التاثير في الجزء السفلي المكسور وبعد ازالة الجهاز يبدل برباط مبروم ولا يستعمل جهاز دسولت الا اذا كان الكسر مضاعف التركيب او كانت الاجزاء المكسورة قابلة دائما للزوغان وينبغي تجديد مداواته مرات كثيرة

كسر عنق العضد

* واما كسر عنق العضد فينقسم الى كسر عنقه التشريحي وكسر عنقه الجراحي فانهم قسموه في الكلام على العضد الى عنقين تشريحي وجراحي فالاول هو المضيق الحلقي الفاصل بين حدبتي هذا العظم ورأسه وثانيهما محدود من اعلى بهاتين الحدبتين ومن الاسفل بمندغم العضلات الثلاث الكبيرة الصدرية والكبيرة الظهرية والكبيرة المبرومة والكسر مثل ما يحصل في العنق التشريحي يحصل في العنق الجراحي * واكثر حصوله يكون من سبب يؤثر تاثيرا واصلا في الجهة الوحشية العليا من العضد وقد يكون من سبب غير واصل كما اذا سقط الشخص على المرفق او على اليد وكان العضد متباعدا عن الجذع فكسر العنق التشريحي يحصل في الغالب من جسم منقذف من الاسلحة النارية وكثيرا ما يكون مصحوبا بعوارض وهذه الحالة مع قلة تمدد الجزء العلوي فيها تدل على الشك الذي استمر زمنا طويلا في امكان تحصيل التئام هذا الكسر لكن هذا الامكان قد برهن عليه الآن براهين جيدة فاذا كان الالتئام غير مستوفى فقد يشاهد اما تعاون الجزئين المكسورين على الالتئام واما السفلي منهما فقط بان يرسل زوائد عظمية تجرية الشبه والحجر الذي تشبهه يسمى حجر استلاتيت اي حجر المغناور فتقبض على الجزء العلوي واما اذا لم يحصل الالتئام اصلا فالجزء السفلي قد يحفر العلوي ويتكون هناك مفصل كاذب وفي كسر العنق التشريحي ينجذب الجزء السفلي المذكور الى الوحشية من العضلات فوق الشوكة وتحت الشوكة والصغيرة المبرومة وبخلاف ذلك ينجذب الجزء العلوي المذكور الى هذه الجهة اذا كان الكسر في العنق الجراحي والجزء السفلي من حيث انه يتبع الانقباضات الحاصلة في آن واحد من العضلات الثلاث الكبيرة الصدرية والكبيرة الظهرية والكبيرة المبرومة وذات الرأسين والغرابية العضدية يدخل في الابط متجها الى الاعلى

والانسية

والانسية والروغان بحسب الطول يكون فى الغالب قليل الظهور الا اذا كان الكسر منحرفا وقد يتفق ان الاجزاء المكسورة تبقى ملامسة لبعضها ولا تزوغ اصلا لكن هذا نادر جدا فتارة الجزء السفلى المكسور لا يمكن ان يذهب الى الانسية بدون ان يبعد المرفق عن الجذع ويمكن تقريبه من غير عنف شديد لكنه بالم شديد والمريض لا يمكنه ان يفعل من ذاته حركة اصلا بعضده لكن بمعاونة ى قوة كانت بتحرك عضوه لجميع الجهات غير ان هذه الحركات تسبب الما شديدا واذا وضعت يد على رأس العضد واليد الثانية قبضت على الجزء السفلى للعضد وحرك هذا الجزء حركات بجملة جهات ظهر حالا ان تلك الحركات لم تصل لرأس العضد بل تحس او تسمع القرقعة الصادرة من احتكاك الجزئين المكسورين ببعضهما وربما ظن ان هذه الاعراض وهذه العلامات لا ينبغى ان تبقى شكا اصلا فى وجود الكسر وقد اتفق ان هذا الكسر اشتبه بخلع العضد الى الاسفل والانسية وهنا بعض اشياء تمنع هذا الشك ففى الخلع يزول الشكل الكروى للمنكب وتنخفض العضلة الدالية وتتفرطح والاخرم يبرز بروزا واضحا فى اعلى الانخفاض ويوجد فى الابط ورم صلب مستدير كائن فى اعلى جزء من الابط والمرفق يبعد عن الجذع ولا يتمكن من القرب اليه والعضد يميل الى الوحشية فيتثبت فيها وخلع العضد عسر الرد جدا وسهل الحفظ مردودا وفى الكسر يكون بخلاف ذلك فيبقى المنكب حافظا الشكله الكروى ويكون الانخفاض اسهل من ذلك واقل وضوحا ويكون الورم الكائن فى الابط غير مستو واقل بروزا وهو متكون من الطرف العلوى للجزء السفلى المذكور والرد هنا سهل جدا وحفظ رده عسر جدا وهذه الحالة الاخيرة تصير تشخيص كسر عنق العضد اكثر ارتيابا كما من تشخيص كسر جسمه والاجتهادا ايضا فى رد الجزء العلوى المكسور عسر جدا بالنظر لقصره وبالنظر لهذا السبب الذى احدث هذا الكسر يكون فى الغالب اقوى فعلا منه فى كسر العنق التشريحى واكثر خطرا منه فى العنق الجراحى واما الرد فبعد ادراك وتحقق ان دعوى نفع الاجتهادات الردية فى الجزء العلوى من الكسر باطلة ترك استعمال الرباط المبروم والسنبلى والحفاظ ذو الرؤوس الثمانية عشر ووسادة المعلم

مسكات وهذه الوسائط المختلفة كانت غير كافية بوضعها النيل المقصود على ان
وسادة موسكاتى دون البقية اذا كانت جافة تفعل فى العضد ضغطا خطرا اذا
احتقن وتمكن الاجزاء المكسورة من ان تؤثر فى بعضها عند تناقص الورم والآن
يستعمل جهاز بسيط جدا فيجلس المريض على حافة سريره ويبعد العضد عن
الجذع ويثبته مساعد قاعلا فيه حركة الشد المقابل واخر حركة الشد بجذب الساعد
المنثنى نصف انثناء فيصيره كرافعة متوسطة واذا كان الرد مستحكما يوضع فى حفرة
الابط وسادة مخروطية كما يفعل فى كسر الترقوة وقاعدة هذه الوسادة الى اعلى اوالى
اسفل ثم يثبت العضد على الجذع بلفات حلقية والجذع يكون بمنزلة جبيرة له
ويجعل على هذا الوضع بواسطة علاقة تحيط بالعضد والساعد والمنكب او بواسطة
بعض لفات ونوع تأثير هذا الجهاز سهل الادراك وهو انه ينفع جدا فى زوغان
الجزء السفلى الانسى المكسور ويصونه عن الحركة الضرورية لتكوين الاندمال
واذا انتفخ العضد بسبب الشد عليه ازيل عنه الجهاز وقبل ارجاعه يحاط الطرف
بلفافة والغالب ان يبقى الجهاز مدة خمسين يوما او ستين والسبب الذى ينشأ
عنه كسر عنق العضد فى الشبان قد يسبب ايضا فى الاولاد انفصال النتو العلوى
لهذا العظم والدلالة العلاجية فيهم لا تختلف
السابع كسر الكتف كل من تحرك الكتف وثخن الطبقة العضلية المحيطة به
مما يصير كسره نادرا فاذا حصل كان فى الغالب نتيجة سبب واصل شديد ثم ان
الكسر قد يصيب جسمه ولكن الاغلب ان يكون فى نتواته غير انه اكثر حصولا
فى الاخرم فهذا النتو ينكسر فى الغالب من ضربة او سقطة جسم ثقيل على طرف
المنكب وقد يكون من سبب غير واصل يؤثر فى الطرف السائب للاخرم وبعد كسر
الاخرم فى كثرة الحصول يكون كسر الزاوية الانسية للكتف ودائما هو نتيجة سبب
واصل شديد وكسر جسم الكتف دائما نتيجة سبب شديد جدا فيكون مصحوبا
برض شديد فى الاجزاء الرخوة الكائنة خلف الكتف واحيانا فى الاحشاء المنحصرة
فى الصدر ويكون طوليا او مستعرضا فيكون العظم مكسورا الى جزئين او اكثر
* وعلاماته مختلفة فاذا كان الكسر فى الاخرم كانت الرأس مائلة للجانب

المريض

المريض والعضد غير متحرك كما اذا كان الكسر فى الترقوة واذا كان فى الزاوية السفلى كان تحرك الجزء السفلى المكسور وتباعده مما يصير انه سهل المعرفة واذا كان الكسر طوليا كان اعسر معرفة من غيره لانه غير مصحوب بزوغان اصلا لكون الاجزاء المكسورة باقية على ملامسة بعضها بالعضلات المرتبطة بها وكسر عنق الكتف نادر جدا وعسر المعرفة * والتجبير ايضا مختلف فاذا كان الكسر فى الاخرم وجب رفع العضد نحو المنكب ليرتفع الجزء المكسور المنخفض من الاخرم الى رأس العضد وليوضع فيما بين العضد والجذع مخدة ثخنها من الاسفل اكثر من الاعلى ويربط فى زاويتيها العلويتين شريطان من كتان يعقدان على المنكب السليم ثم يوضع على الكسر رفائد مغموسة فى سيال محلل وتثبت بواسطة لفات من لفافة يؤتى بها من المنكب السليم الى المنكب المريض اسفل مرفق الجهة المريضة ثم تذهب تحت الابط السليم ومن هناك تمر على المنكب المريض وتنزل على طول العضد تحت المرفق فهذه لفة واحدة ويفعل هكذا ثلاث مرات اواربعا وينبغى ان يحفظ الساعد بعلاقة ثم بواسطة رباط جسم يحفظ العضد قريبا من الجذع واذا كان الكسر مصيبا لجسم الكتف بالعرض اولزاويته السفلى وجب ان يوضع تحت الجزء السفلى المكسور بعض رفايد ثخينة وتثبت فيه بلفات من لفافة ثخينة تحيط بالجذع يثبت بها العضد على الصدر وجاذبة المرفق الى الامام ثم يضبط بواسطة علاقة وفى الكسر الطولى تحفظ الاجزاء المكسورة ملامسة لبعضها بواسطة العضلات فيكفى فيه تثبيت العضد على الجذع واما كسر عنق الكتف والنتو الغرابى منه فنادران جدا ويكونان مصحوبين دائما بآفات الاجزاء الرخوة التى هى المرض الرئيس لان الكسر فى حدذاته لا يستدعى من المعالجة غير رفع العضد وتقريبه للجذع كما ذكرنا ذلك فى كسر الاخرم

الثامن كسر الترقوة كسر الترقوة كثير الحصول بسبب ان شكلها مستطيل ومنحنية انحنائين متخالفين ولا ترتكز الا من طرفيها وتكون مسندا فى حركات المنكب القليلة السعة وكسر هذا العظم يكون من اسباب واصلة واسباب غير واصلة فالكسر فى الواصلة يكون عرضيا وفى غير الواصلة يكون منحرفا او تفتتيا

والواصلة هى للضربات والسقطات المؤثرتين تاثيرا واصلا فى نفس هـذا العظم
وغير الواصلة هى الضربات والسقطات ايضا لكن على طرف المنكب لان تاثيرها
يضغط الترقوة من طرفيها فتزيد فى التقوس الطبيعى للترقوة اى انحنائها *
وعلامات هذا الكسران يكون العضد مسهدولا على جانب الجذع ورأس
المريض وجذعه مائلان للجهة المريضة ولا يتمكن من توصيل يده الى رأسه
ولا الى المنكب السليم المقابل واذاجس الجراح بالاصابع على الترقوة احس
بانفصال فى طول هذا العظم وببروز متكون من الجزء الوحشى المكسور اى الجزء
الاخرمى الكائن تحت الجلد وحركة العضد اوالمنكب لا تصل للجزء الانسى *
والتجبير فى ذلك يكون بجذب المنكب الى الوحشية والاعلى والخلف فيجلس
المريض على سرير اوعلى كرسى ويقف الجراح من جهة الطرف المكسور ويضع
احدى يديه تحت الابط ويذهب بالجزء العلوى من العضد الى الوحشية والخلف
حال كونه قابضا بيده الثانية على المرفق ليذهب به بقوة الى الانسية والامام
والاعلى وحال فعل هذه الحركات يجذب الكتف فينجذب معه الجزء المرتبط به من
الترقوة ويوصله حذاء الجزء الاخر وتجبير هذا الكسر سهل جدا غيران حفظه
مجبورا عسر جدا فى مدة المعالجة كلها ولذلك اخترع له رباطات كثيرة اجودها
رباط دسولت الذى نوعه جملة من الجراحين ولنذكر هنا هذا الرباط وكيفية وضعه
فنقول * كيفية وضعه ان يجلس المريض امام الجراح ويمسك مساعد عضد رباط دسولت
الجهة المريضة ويبعده عن الجذع على زاوية مستقيمة ويضع الجراح تحت الابط
الاثخن من المخدة التى على هيئة الاسفين المصنوعة من نسالة اومن قطن اومن
قماش تحشى فى قطعة من خرقة متينة طولها يقرب من طول العضد وعرضها من
اربعة قراريط الى خمسة وثخن قاعدتها ثلاثة قراريط ثم تاخذ فى التناقص
تدريجا الى الطرف الثانى ومساعد يقف على الجانب المقابل ليضبط هذه
المخدة عن زاويتها ولاجل تثبيتها يمسك الجراح لفافة عرضها ثلاثة قراريط
وطولها نحو احد عشر ذراعا ويضع طرفها السائب على وسط الوسادة اعنى
المخدة ويلف لفتين حلقيتين عليها وعلى الجذع ثم يذهب باسطوانة اللفافة على

المنكب المقابل ثم خلفه ثم تحت ابط هذا المنكب وعند ذلك يلف لفة حلقية افقية
النصف حوالى الجذع ويذهب بتلك الاسطوانة منحرفا بها الى خلف المنكب
السليم ثم عليه ثم امامه ثم تحت الابط ثم خلف الصدر وينهى الاسطوانة بلفات
حلقية تغطى المخدة من قاعدتها الى طرفها المستدق السفلى وطرفها الآخر
يثبت بدبوس وكذا محال التصالب الحاصل من اللفافة المنحرفة المحيطة بالمنكب
وبعد تثبيت المخدة يدفعها الجراح الى اعلى باحدى يديه قابضا بثانيتهما على المرفق
المنثنى نصف انثناء فيقرب العضد بقوة الى المخدة ثم يحركه من اسفل الى اعلى حركة
كلية يرفع بها المنكب ذاهبا به قليلا الى الخلف وبواسطة هذه الحركة المزدوجة مع
كون العضد استحال الى رافعة من النوع الاول بواسطة المخدة المرتكز عليها
ينجذب الجزء المكسور الوحشى الى الوحشية ويتخلص من اسفل الجزء الانسى
ويصعد الى محله فيساوى الجزء الانسى فى الارتفاع منجذبا معه الى الاعلى والخلف
وليحفظ مساعد هذين الجزئين على هذا الوضع وعند ذلك يمسك الجراح لفافة
ثانية شبيهة بالاولى ويضع طرفها السائب اسفل ابط الجهة السليمة ويذهب
بالاسطوانة امام الصدر على الجزء العلوى للعضد المريض ثم خلف الصدر ثم تحت
ابط الجهة السليمة ويغطى اللفة الاولى بلفتين اخريين مثلها ثم ينزل الى قرب
المرفق بلفات تستمر محيطة بالجذع وبعضد الجهة المريضة وتشد كلما نزل بها
الى الاسفل وهذه اللفافة تديم الفعل الذى به يجذب الجزء العلوى من العضد الجزء
المكسور الوحشى من الترقوة الى الوحشية ولاجل ان يحفظ مرفوعا يبتدأ بعلىء
الاخلية الكائنة اسفل الترقوة واعلاها بنسالة ويغطى المحل المحاذى للكسر
برفادة مستطيلة درجية مغموسة فى سيال محلل وبعد ذلك يمسك الجراح لفافة
عرضها ثلاثة قراريط وطولها ستة عشر ذراعا يضع طرفها السائب تحت ابط
الجهة السليمة ويوجهه بانحراف امام الصدر على الرفادة المستطيلة المغطية
للكسر ثم على المنكب المريض ثم خلفه ثم على طول الجهة الخلفية ثم اسفل المرفق
ومن هنالك يصعد بها بانحراف امام الصدر الى تحت الابط ويمر بها خلف الظهر
ثم ياتى بها على الرفادة المستطيلة وامام المنكب والعضد ثم تحت المرفق ومن هنالك

يذهب بها بانحراف خلف الظهر الى تحت ابط الجهة السليمة وهو محل ما ابتدأ
ومن هنالك يبتدئ ثانيا كما فعل اولا بان يذهب بها من امام الصدر وخلفه وعلى
المنكب المنكسر واسفل المرفق المحاذى له حتى يعود ثانيا الى تحت ابط الجهة
السليمة وبعد ذلك ينهى بقية اللفافة بلفات حلقية تحيط بالعضد والصدر لتثبت
الجهاز كله ويدبابيس لتثبت لفات اللفافة لتلاءم بعضها على بعض وهذه
اللفافة الثالثة تؤثر فى تثبيت مجاورة الاجزاء المكسورة لبعضها بنوعين فتحفظ
الجزء الوحشى المكسور مرتفعا نيابة عن يد المساعد القابضة على المرفق الرافعة له
وتكبس على الجزئين المكسورين حافظة لهما على ارتفاع واحد بواسطة الرفائد
وتصالب اللفات عليها وبعد وضع هذه اللفافة على ماذكر توضع يد المريض فى
علاقة ولاجل زيادة ثبات الجهاز يخاط بحزم يثبت تثبيتا قويا بدبابيس
اوبغرز خياطة ويحترز جدا من تلف هذا الجهاز ويعاد ثانيا اذا ارتخى ويكفى
لالتئام هذا الكسر خمسة وعشرون يوما اوثلاثون وبهذا الحفاظ تستوفى جميع
الدلالات الشفائية استيفاء جيدا غير ان وضعه عسر جدا ويرتخى بسهولة
فيستدعى تجديده مرات كثيرة وكثير من الناس لايمكنه ان يتحمله بسبب انه
يعيق عن التنفس وفى النساء يضغط الثدى ضغطا مؤلما فلذلك خففه كثير من
الجراحين وصيره بسيطا فجعله متخذا من المخدة التى ذكرت آنفا المخيط فى كل
جانب من قاعدتها شريطان من خيط اومن خرقة بريطان على منكب الجانب
السليم ويوضع العضد ملاصقا للجذع بواسطة رباط جسم وعلاقة تمر اسفل المرفق
وتجذب العضد الى اعلى وتضبط الساعد * وهنالك جراحون لايستعملون
الاوضع الطرف المكسور على الوسادة ويضجعون المريض على ظهره وبهذا الوضع
لايؤثر ثقل الطرف شيأ فلا يتفق ان يزوغ الى الاسفل لكن ذلك يقتضى ان المريض
يكون ذا تحمل وصبر عظيم وذلك قليل الوجود جدا فلذلك تنوعت هذه
الطريقة بوضع المخدة اسفل العضو وبتقريب العضد الى الجذع بواسطة لفات
تحيط بالجسم وبالجهة السفلى من الطرف وبقية طول اللفافة تلف لفات منحرفة
مارة اسفل المرفق وعلى المنكب المقابل

الحفاظ المخفف لدسولت

الوضع الافقى للمريض

التاسع كسر القص كسر القص ينشأ من ضغط قوى او ضربة اوسقطة على مقدم الصدر وقد ينشأ من تمطى فجاءى شديد فى الجذع بانقلابه الى الخلف ويعرف هذا الكسر بسهولة بوضع الاصابع على السطح المقدم للقص فيشاهد فيه بروز واحدا واكثر على حسب كون الكسر فى محل واحدا واكثر ويحس بحركة غير طبيعية لهذه العظام ويستشعر المريض بالم قوى يزيد بحركات التنفس وقد تسمع قرقعة العظام المكسورة والدلالات الشفائية منحصرة فى رد هذا الكسر سريعا سيما اذا كان احد الاجزاء المكسورة بارزا الى الباطن واذا كان كسر القص بسيطا الا زوغان فيه كفى وضع بعض الرفائد المغموسة فى سيال محلل وتثبيتها برباط جسم وتوصية المريض باستلقائه على ظهره ورأسه مائلة الى الامام وفخذاه منثنيان واذا كان احد الاجزاء المكسورة بارزا الى الامام وضعت الرفائد الدرجية على هذا البروز لتدفعه الى الباطن فيلامس الجزء الاخر المكسور * واذا حصل انخفاض عظيم جدا فى العظم وكان احد الجزئين المنكسرين اوكلاهما مهيجا للاعضاء المنحصرة فى التجويف الصدرى بحيث يتسبب عن ذلك عوارض ثقيلة وجب الشق للكشف عن العظم فترفع الشظايا العظمية بطرف ملوق اورافعة معدة لهذا الامر واذا لم يمكن ادخال احدى هاتين الآلتين تحت العظم وجب حينئذ وضع تاج المثقاب فانه يسهل دخول الالة واذا وجد هنالك كسور عظمية متفرقة وجب استئصالها وهذه الكسور تصدر فى الغالب من ضربات شديدة اومن اسلحة نارية وتكون مصحوبة برض شديد كثيرا ما يسرى الى الاعضاء المنحصرة فى الصدر فلذلك يجب استعمال المعالجة المضادة للالتهاب الاشد فعلا بان يكرر الفصد وتوضع الضمادات الملينة على المحل المصاب ويؤمر المريض بالحمية القاسية والغضروف الخنجرى لا يمكن ان ينكسر الا فى الاشخاص المتقدمين فى السن فانه يتعظم فيهم ففى هذه الحالة يكفى فى شفائه الوضع اللائق والرباط البسيط وهذه المعالجة المسعفة بوضع لائق بحيث تكون الجدران البطنية متمددة به تنفع فى كسر القص واذا كان الجزء السفلى المكسور آخذا فى الزوغان امام الاخر وجب ضغطه ضغطا كافيا لحفظه على وضعه الطبيعى

العاشر كسر اصابع القدم وعظام مشط الرجل ورسغها ماذكر في الكسر المضاعف لاصابع اليد وعظام مشطها ورسغها يكون مثله في اجزاء القدم فالقدم معرض في الغالب للكسر التفتتي مع انهراس الاجزاء الرخوة وآفة الاجزاء الرخوة هي المرض الذي ينبغي ان نشتغل به على الخصوص سيما والكسر لا يستدعي وضع حفاظ مخصوص ايضا بل الراحة الكلية والمحللات ومضادات الالتهاب تكفي لاحداث الالتيام في مدة ثلاثين يوما او اربعين اذا كان سوء حالة الاجزاء لا يستدعي البتر

الحادي عشر كسر العقب كسر العقب يستدعي دون كسر بقية عظام البدن شرحا مخصوصا لكونه يختلف عن بقية العظام بالنظر للاسباب والاعراض والدلالات الشفائية وهو نادر جدا واذا حصل فلا يكون في الغالب الا في طرفه الخلفي * واما اسبابه فالقوة العنيفة الواصلة كسقطة على العقب من محل مرتفع قد تحدثه والغالب انه كهتك العرقوب لا ينشأ الا من الفعل العضلي فقد شوهد حصوله من سقطة على طرف القدم في حال كونه ممدودا جدا وفي حال التكلف الشديد اللازم لاجل الارتفاع على طرف القدم او للتباعد عن الارض في الوثب واعراضه ان يحس المريض بالم شديد في العقب وقرقعة واضحة مع عدم القدرة على الارتكاز والمشي على الرجل والعقب يكون اقصر واكثر ارتفاعا من المقابل له * ورد هذا الكسر يكون بشد القدم شدا قويا وثني الساق على الفخذ ودفع الجزء العلوي المكسور الى الاسفل وحفظ ملامسة الجزئين المنكسرين لبعضهما بوضع الرباط الضام للجروح المستعرضة ثم يوضع امام الساق والقدم مخدة وجبيرة يثبتان بحفاظ مبروم والالتيام يتم في الغالب في اربعين يوما او خمسين لكن عند ذلك لا ينبغي للمريض ان يمشي الا في نعال ذي كعب مرتفع بقدر قيراط ثم ينقص شيأ فشيأ حتى يكتسب القدم حركته ثانيا بسهولة

الحادي عشر كسر الساق كسر الساق قد يكون في احدى عظمتيه او فيهما معا والقصبة وان كانت اغلظ جدا من الشظية الا ان كسرها اكثر وقوعا وذلك انما هو حاصل من حجمها ووضعها السطحي فيتمكن منها تاثير السبب البادي

بالاكثر وبالنظر لوظايفها ايضا فانها معرضة اكثر من الشظية لان تضغط
بشدة فيما بين الارض وثقل الجسم وحده او حاملا بحمل لغيره حال السقطة على
الاخمص من محال مرتفعة ولنتكلم على كسر كل من القصبة والشظية وحده
ثم على كسرهما معا فنقول * كسر القصبة يكون في الغالب من سبب كسر القصبة
واصل كرجة بحجر اوضربة بعصى اوحرور بعجلة وقد يحصل من سبب غير واصل
كسقطة على الاخمص وهذا الكسر يكون في جملة محال من طولها
* والعلامات الدالة عليه الالم الشديد وعسر المشي بل تعذره واذا مر بالاصبع
على عرق القصبة وجد فيه عدم التساوي وسهل احداث التحرك والقرقعة
بتحريك الجزئين تحريكا مخالفا على التعاقب والزوغان يكون قليلا اذا كان
الكسر شاغلا الجزء العلوي من القصبة وعكسه اذا كان شاغلا لجزئها الاسفل
* والرد هنا يكون في الغالب سهلا فيضجع المريض على سرير متين
ويمسك مساعد الطرف العلوي للساق واضعا ابهاميه على اعلى الرضفة وبقية
اصابعه على المابض فيفعل بذلك حركة الشد المقابل ويمسك القدم مساعد آخر
واضعا احدى يديه على ظهر القدم وابهامه نحو الوجه الاخمصي وقابضا باليد
الاخرى على جانبي العقب لفعل حركة الشد فيجذب اولا جذبا على حسب جهة
الزوغان ثم الى خلاف جهته والجراح يكون واقفا من الجهة الوحشية للرجل
ويفعل التجبير والقرقعة الواضحة وزوال عدم التساوي يدلان على حصول الرد
* والجهاز يشتمل على مخدة اطول من الساق بقليل عرضها نصف ذراع
وطرفها المحاذي للعقب اسمك من الطرف الثاني وملاءة وثلاثة اشرطة من
خيط عرض كل منها ثلاثة ارباع قيراط وطوله ذراع ونصف ولفافة الجبيرتين
ينبغي ان تكون اطول من الساق بقليل وعرضها ذراع ونصف ومخدتان
صغيرتان طول كل واحدة منهما كطول الساق وجبيرتان عرض كل واحدة
منهما ثلاثة اصابع او اربعة وسمكها ثلث قيراط او ربعه وطولها كاف لان
يجاوز القدم والركبة بقليل وعشرة اشرطة او اثنا عشر متفاصلة عرض كل
منها ثلاثة اصابع وطوله كاف لان يلف مرة ونصف على سمك العضو وثلاث

ارفائد اواربع مزدوجة عرض كل منها خمسة اصابع اوستة وطوله كطول الاشرطة * والجهاز ينبغي ان يكون محضرا قبل الانتصاب لوضعه والذي يصف في الوضع اولا المخدة ثم العصائب متباعدة عن بعضها بمسافات متساوية وعلى هذه العصائب تبسط لفافة الجبائر ثم توضع الاشرطة مبتدأ بالعلوى منها ثم بقيتها على التوالى وضعا متوازيا بحيث تغطى كل واحدة منها ثلثى عرض الاخرى ثم توضع الرفايد حذاء المحل المكسور من الطرف * وبعد صف الجهاز على نحو ما ذكر ووضعه تحت الطرف المريض تبل الاشرطة والرفايد بسيال محلل وتوضع على محل الكسر ثم توضع الاشرطة المتفاصلة مبتدأ منها بالاشرطة السفلى التى ينبغى ان يحيط اثنان منها اوثلاثة بالقدم ويصعد بها على التوالى الى الركبة وبعد ذلك تحاط كل واحدة من الجبائر بلفافتها حتى يكون بينها وبين الساق مسافة قيراط ثم تدخل المخدتان بين الساق والجبائر التى تثبت بواسطة العصابات التى ستعقد وحشى الساق على الحافة الوحشية للجبيرة الوحشية مبتدأ فى العقد من العصابة الوسطى واذا اريد وضع جبيرة مقدمة وجب ان توضع كالمخدة قبل شد العصايب ولاجل حفظ القدم وضغطه يستعمل نعل من خشب اورفادة مستطيلة مزدوجة وهى الواسطة الاكثر استعمالا فيوضع وسطها على اخمص القدم ويؤتى باطرافها الى الامام ثم تصالب على ظهر القدم وتثبت بدبابيس على جانب الجهاز ويجتهد فى ان يكون الساق مرتكزا كله ارتكازا محكما على المخدة من جميع اجزائه سوى العقب فلا يرتكز عليها والاسبب فى الغالب الماشديدا بل خشكريشة والكسر البسيط فى القصبة يكون فى الغالب مرضا قليل الخطر ويشفى غالبا فى مدة اربعين يوما او خمسين

* واما كسر الشظية فقد ذكرنا انه اقل حصولا من كسر القصبة وان كانت ادق منها وذلك انما هو صادر من كون معظم طولها مصانا ومحفوظا بطبقة ثخينة عضلية وبنفس القصبة ومن كون وظايفها لاتعرضها لتحمل حركات عنيفة الاقليلا لانها خارجة عن خط توصيل ثقل الجسم للقدم ومن كونها تحفظ لدونتها الى زمن التقدم فى السن جدا ومع ذلك فقد تتكسر من جميع اجزاء طولها كسر الشظية

لكن الاغلب ان يكون فى ربعها السفلى والكسر فى هذا الجزء دائما اكثر منه لا
من بقية اجزاء هذا العظم * واسباب كسرها اما واصلة كالسقطات
والضربات اومرور جسم ثقيل على الساق ومنها الآلات القاطعة وفعل
الاجسام المنقذفة من الاسلحة النارية واما غير واصلة كالتواء يكون القدم
فى وقته ذاهبا الى الوحشية فان ذلك قد يحنى العظم ويقوسه فيتم الكسر
والالتواء الى الانسيه قد يسبب الكسر ايضا بطريقة غير واصلة * ثم الكسر
ان كان حاصلا فى الجزء العلوى من الشظية عسرت معرفته لكونها داخلة جدا
فى وسط كتلة عضلية وماعدى ذلك لا يكون معه الزوغان الا يسيرا بسبب
ان القصبة خادمة بمنزلة مركز للعظم المكسور والالم والانتفاخ وعسر المشى
او تعذره هى الاعراض المشاهدة فى هذا العارض والكسر المصيب
للربع السفلى من الشظية يكون فيه القدم متجها الى الاسفل والوحشية
ويوجد غور عميق فى اعلى الكعب الوحشى والكعب الانسى يكون بارزا
جدا * ثم ان كسر الشظية قد يكون مصحوبا بجرح مع خروج الجزء العلوى
المكسور الى الخارج واغلب ذلك يكون فيما اذا كان الزوغان عظيما
ويكون مصحوبا بتمزق فى الكعب الانسى فيسبب خلع القدم الى الانسية وذلك
يكون مرضا عظيم الخطر * واما الرد فلا يضطر اليه غالبا اذا كان الكسر
فى الجزء العلوى من الشظية لانه لا يوجد فيه زوغان اما اذا كان الكسر فى اعلى
الكعب الوحشى بثلاثة قراريط او اربعة فيضطر اليه وذلك لان الجزء السفلى من
الكسر دائما يميل لان يقرب من القصبة فالرد حينئذ يكون بجذبه الى الوحشية
بان يمال القدم بقوة الى الانسية ويثبت على هذا الوضع بواسطة جهاز كاف لهذه
المعالجة وتتميم الرد يحتاج لان يلقى المريض على ظهره ويثنى فخذاه على الحوض
وساقاه على الفخذين لتكون العضلات بذلك مسترخية * والجهاز يشتمل
على مخدة طولها كطول الساق وعرضها من قيراطين ونصف الى ثلاثة قراريط
والطرف الثانى لا يكون سمكه الا قيراطا واحدا او على جبيرة عرضها كما ذكر
وتكون اطول قليلا وعلى لفافتين طول كل واحدة منهما خمسة اذرع او ستة *

ما يصحب هذا الكسر

وكيفية وضع هذا الجهاز ان يمسك الجراح المخدة ويضعها في الجهة الانسية للساق وطرفها الغليظ يكون من الاسفل ويضع الجبيرة على المخدة على وجه به تجاوز حد القدم بثلاثة قراريط او اربعة واحدى اللفافتين تحيط بالجزء العلوي للركبة الى قرب نصف الساق وطرف اللفافة الثانية يثبت اولا في الجبيرة بواسطة بعض لفات خلقية ثم يمر بها على الاخمص وعلى حافته الوحشية ثم على مخلخل القدم ثم على الجبيرة ثم اسفل العقب ثم على مخلخل القدم ثم على الجبيرة ثم اسفل الاخمص وهكذا حتى تنتهي فيكون على هيئة رقم ثمانية بالافرنجي هكذا 8 فتكون احدى حلقتيها محيطة بالجزء الخلفي للعقب والثانية بالجزء المقدم للقدم ولفافتها تكون متصالبة على الجبيرة والحفاظ يكون مشدودا شدا كافيا اذا كان الاخمص مائلا قليلا الى الانسية وحافته الوحشية مائلة قليلا الى الاسفل ثم توضع الرجل على مخدة وتكون ممدودة على جانبها الوحشي ومنثنية نصف انثناء وهذا الجهاز يحصل به المقصود منه الذي هو حفظ القدم على حركة التقريب وله فائدة اخرى وهي بقاء محل الكسر مكشوفا حتى يغطى بالوضعيات المحللة اذا مست الحاجة اليها بدون ان يسبب تشوشا وفي حال وضع هذا الجهاز يخفف الالم في الغالب من ذاته فلا يستدعي مداواة غير تجديده حال استرخائه ويكفي ثلاثون يوما او اربعون لحصول شفاء حقيقي سليم من العوارض والتشوهات

* واما كسر عظمي الساق معا في آن واحد فهو اكثر حصولا من كسر كل واحدة منهما على حدتها او اكثر حصولا من بقية انواع الكسر ايضا ويأتي في جميع اجزاء طول الساق لكن مجلسه الاغلب هو محل ملتقى الثلث السفلي من الساق بثلثه الاوسط وقد يكون الكسر في العظمين من محل واحد وكثيرا ما يختلفان * كسر القصبة والشظية معا

والاسباب التي ينشأ عنها كسر الساق كاسباب كسر القصبة على حدتها او الشظية على حدتها وكسر هذين العظمين لا يكون دائما في آن واحد بل قد تنكسر القصبة اولا ثم الشظية وذلك يصدر من كون السبب الكاسر لا يزال مؤثرا او من كون العظم غير كاف لان يتحمل ثقل الجسم فينكسر حال انفراده بالنيابة في هذا التحمل او عند كون المريض يجتهد في الارتكاز على ساقه وقد يتفق ان يكون كسر

القصبة

القصبة تابعا الكسر الشظية وذلك يشاهد فيما اذا انكسرت فى اول الامر الشظية
من التواء القدم الى الوحشية بشدة فان الكعب الانسى يرتكز على الارض
فتنكسر القصبة من ثقل الجسم والكسر الحاصل فى عظمى الساق يعرف بسهولة
فان كان فى الجزء العلوى من الساق فلا يكون مصحوبا الا بزوغان قليل وان كان
فى اسفل الجزء الاوسط من الساق كما هو الغالب كان منحرفا فى الغالب والاجزاء
المكسورة كثيرا ما تبرز تحت الجلد والغالب ان يحصل زوغان فى الساق كاف
لتأكيد وجود الكسر * والرد والجهاز فيه لا يختلفان عن ما شرحناه
وفى كسر القصبة وكسر الساق يشفى فى الغالب بسهولة عظيمة فالالتئام
يكمل بعد خمسين يوما اوستين واكثر مشاهدة مصاحبة الجروح وبروز الاجزاء
المكسورة الى الخارج يكون فى كسر الساق فلذلك يجتهد الجراح اجتهادا
خصوصيا فى نوع هذا الكسر باستعمال ما ذكر فى الكليات فى خصوص ثقل هذه
المصاحبات وفى الوسائط الكافية لمداواتها

الردوالجهاز

الثانى عشر كسر عظم الفخذ وطول عظم الفخذ وانحناؤه البارز والتحملات
العظيمة التى يتحملها فى العادة تدل على كثرة حصول كسره وتفرق الاتصال
يتأتى ان يكون فى جميع اجزاء فيه طوله لكن اكثر مشاهدته فى ثلثه الاوسط وفى
قرب عنقه وغالبا يكون بالعرض فى الاولاد وبالانحراف فى بقية الاسنان
وهذا الانحراف يسهل به زوغان الاجزاء المكسورة التى تحرض الفعل العضلى
لعضلات كثيرة قوية فلا يحصل الالتئام بدون تشوه وقصر الا بمشقة
عظيمة وهذا الكسر يكون بسيطا اومركبا وينقسم الى كسر جسمه وكسر عنقه
* فاما كسر جسمه فيكون واصلا من ضربة قوية اومن سقطة جسم ثقيل
حدا على الفخذ اومن انقذاف جسم بالبارود ونحو ذلك غير ان اغلب كسره يكون
من سبب غير واصل كسقطة على الركبتين اوالقدمين فيحصل من ذلك
ان يكون عظم الفخذ مضغوطا فيما بين ثقل الجسم ومقاومة الارض فينحنى
ذلك العظم وينكسر ضرورة * وهذا الكسر تسهل معرفته لان المريض
لا يتمكن حينئذ من الوقوف ولا من المشى واذا رفعت رجله شوهد فى جزء من

كسر جسم عظم الفخذ

العلامات

الفخذ حركة غير اعتيادية وكثيرا ما يحصل في الفخذ قصر وتشوه وان كان الكسر منحرفا فالقصر لابد منه والقدم في الغالب يكون مائلا الى الوحشية وتارة الى الانسية لكنه نادر جدا * والرد فيه لا ينبغي ان يبادر به الا بعد تحضير الجهاز ويكون بان يسطح المريض على سرير افقي على طراحة قليلة اللين بحيث لا تهبط من ثقل جسم المريض ويقف مساعد قوى من جهة الكسر ويقبض على الحوض ليفعل حركة الشد المقابل ومساعد ثان ناشط بحركة الشد فيقبض على القدم واصابع يده اليمنى تحت وترا كيلة اى العرقوب وبكفه الايسر يحيط بظهر القدم وهذا المساعد يجذب القدم برفق الى نحوه جذبا تدريجيا ففي اول الامر يكون بحسب اتجاه الجزء المكسور السفلي ثم يكون بحسب اتجاه الرجل والجراح مع ذلك يكون واقفا وحشي الرجل ويغمز حوالى الكسر غمزا لطيفا ليجعل الاجزاء المكسورة على خط واحد ورد هذا الكسر يكون في الغالب سهلا اذا حصل تهيج شديد بسبب الانقباضات الاختلاجية لعضلات الفخذ ففي هذه الحالة ينبغي اهمال الرد حتى يزول التشنج والتهيج بواسطة استعمال الفصد والضمادات الملينة وهناك جراحون يزعمون ان هذين العرضين كثيرا ما يكونان مستمرين من نفس الزوغان فيزيدون فعل الرد ولو مع وجودهما والرد وان كان في الغالب سهلا لكنه يعسر حفظ الاجزاء المكسورة متلامسة سيما اذا كان الكسر منحرفا ولذلك اوصى باربع قواعد لمعالجته الاولى ان توضع الرجل وضعا مستقيما والثانية ان يستعمل الشد المستمر والثالثة ان توضع الرجل على جانبها الوحشي مع ثني الساق على الفخذ والرابعة ان يكون الساق والفخذ منثنيين بواسطة سطح مزدوج مائل ولكل من هذه القواعد جهاز مخصوص * فجهاز الوضع المستقيم مركب اولا من حاملة الجبائر وهي قطع من خرقة الطول قليلا من الرجل وعرضها كاف لان يلتف في كل جانب من جانبيه جبيرة ثلاث لفات او اربعا وثانيا عصائب عرض كل منها ثلاثة اصابع وعددها كاف لان تمتد من اعلى الفخذ الى القدم وثالثا رفايد كثيرة مزدوجة مطوية بالطول ورابعا ثلاث جبائر احداها تمتد من العرف الحرقفي الى القدم وتجاوزه

الرد

جهاز الوضع المستقيم

بثلاثة

بثلاثة اصابع وثانيتهما تمتد من ثنية الاربية الى حذاء الاولى ثم ثالثة قصيرة تمتد
من ثنية الاربية الى الركبة وخامسا ثلاث مخدات اطول من الجبائر بقليل
وسادسا ستة اشرطة وسابعا مخدة توضع الرجل عليها * وكيفية وضع هذا الجهاز
ان تصف قطع الجهاز بحسب الترتيب المعين فى كسر الساق قبل ان تنتصب
لوضعه ثم يستمر المساعدان المعدان للشد والشد المقابل على مسك الرجل بحسب
استقامتها الطبيعية ويستعين الجراح بمساعد آخر يقف امامه ليضع الثلاث
رفايد او الاربع على المحل المحاذى للكسر ثم توضع العصائب مبتدأ منها بالتى
تكون محاذية للجزء السفلى من الرجل حتى تنتهى كلها ثم تلف الجبيرتان
فى حاملتهما وتوضع المخدات فيما بينهما وبين الفخذ ثم اذا اريد ان توضع الجبيرة
الثالثة وضعت على الجهة المقدمة للفخذ موشحة بمخدة ويثبت ذلك بالستة
اشرطة التى منها ثلاثة للفخذ وثلاثة للساق وينتهى الجهاز بوضع رفادة مستطيلة
منفعتها تثبيت القدم ثم توضع طارة لصيانة الرجل وتمسك بالشروط المذكورة
فى كسر الساق ومنفعة الجهاز المذكور ان يصير القدم والساق والفخذ
والحوض كقطعة واحدة لكن متى كان الكسر منحرفا جذب الفعل العضلى الى
الجزء المكسور السفلى فكثيرا ما يحصل قصر الرجل ولمنع هذا الضرر استمر وا زمنا
طويلا على اختراع اجهزة تفيد الرجل مدا مستمرا * وجهاز المد المستمر
قد استعملوا له اربطة والات كثيرة ولا نذكر منها هذا الا الاثنين هما الاكثر استعمالا
وهما جهاز دسولت البسيط والمتنوع * فجهاز دسولت مركب من مخدة
وستة اشرطة وحاملة الجبائر وعصابات منفاصلة ورفايد وثلاث وسايد كما ذكرنا
فى المفاظ الاعتيادى وثلاث جبائر وحشيها يمتد من اعلى العظم الحرقفى الى حافة
القدم ويجاوزه وانسيها يمتد من ثنية الفخذ الى حافة القدم كالسابقة والثالثة
تمتد من ثنية الاربية الى الركبة ولا ضرر فى كونها تمتد الى مخلخل الرجل والجبيرة
الوحشية يكون فى طرفيها شرم وبعيدا عن الشرم بقيراطين فتحتان طول كل
منهما قيراط ونصف وعرضه من نصف قيراط الى ثلاثة ارباع قيراط ورباطان
للمد من قطعة خرقة عرضها اربعة اصابع او خمسة وطولها ثلاثة اذرع وتثنى

وضع هذا الجهاز

جهاز المد المستمر

جهاز دسولت

وضع الجهاز

من النصف * وكيفية وضع هذا الجهاز كالجهاز الاعتيادى فتوضع الرفائد
والعصائب ثم يوضع تحت وتراكيله وسط مخدة صغيرة من قماش رفيع محشوة
قطنا او تصالب على ظهر القدم وتثبت فيه بواسطة لفافة ثم يؤخذ وسط شريط
ويوضع ايضا تحت وتراكيله ويذهب بطرفيه على ظهر القدم فيتصالبان فيه
ثم يؤتى بهما على الاخمص ويتصالبان فيه ثم يعاد بهما على ظهر القدم ليتصالبا
عليه ايضا ثم يمر بهما ثانيا تحت وتراكيله ويوصلان على ظهر القدم ويذهب
بهما على الجوانب ويعطيان لمساعد ليتمم بهما حركة الشد ثم تخاط الجبيرتان
بحماليهما او توضع المخدتان وتعقد الستة اشرطة وليكن جميع ذلك كما ذكر فى الجهاز
الاعتيادى ثم يدخل احد طرفى شريط الشد فى فتحة الجبائر وثانيهما فى شرمها
ثم يضع الجراح مخدة من قطن على جميع سعة ثنية الفخذ ومن اعلاها يضع وسط
شريط ثان للشد المقابل ويمر باحد طرفيه تحت الالية وبثانيهما من الامام ويوصل
كليهما الى الوحشية ثم يضع احدهما فى شرم الجبيرة وثانيهما فى فتحتها وحينئذ
فيعقد الشريط العلوى عقدة وسيطة فى محل يجب وقوف الجبيرة فيه بدون
ان يفعل حركة عنيفة ثم يعقد الشريط السفلى ليقاوم العلوى وبعد ذلك يضع لفافة
بدن لتثبيت الجبيرة على الحوض ثم يضع كما فى الجهاز الاعتيادى الرفادة اللازمة
لتثبيت القدم ونتيجة هذا الجهاز مزدوجة فانه يجذب الى الاسفل الجزء
المكسور السفلى ويدفع الى الاعلى الجزء المكسور العلوى والحوض بسبب تاثيره
الدافع للجبيرة ومنفعته ان تصير الحوض والفخذ والساق والقدم بمنزلة جسم
واحد ويمنع بهذه الكيفية هذه الاجزاء المختلفة عن الحركة المؤدية لزوغان الاجزاء
المكسورة لكن عيبه انه لا يؤثر تاثيرا متوازيا موازيا كافيا لسمت الرجل وذلك
عما يصير به فاقد الجزء من قوته وتمييلا للقدم الى الوحشية فيعين على الزوغان الى
تلك الجهة وتاثير شريط الشد وشريط الشد المقابل كثيرا ما يكون مؤلما وقد
ينشأ عنه خشكريشة وعيبه ايضا انه يرتخى فيضطر لتكرار وضعه * ولذلك

تنويع جهاز المد المستمر

نوعوا هذا الجهاز لاجل منع ذهاب القدم الى الوحشية وليكون تاثير الجهاز
موازيا لسمت الرجل باختراع جملة وسائط ميكانيكية لا نذكر منها الا ابسطها

فنقول

وضع هذا الجهاز

فنقول هذا الجهاز مركب من ثلاث قطع الاولى الجبيرة الوحشية المنتهية من الاعلى كانتهاء جبيرة دسولت ومن الاسفل فيها فتحة مربعة مستطيلة بحسب اتجاه العرض وفى نحو الثلث السفلى لهذه الجبيرة يوجد فى احد جانبيها فتحة طولها قيراط بحسب اتجاه طول الجبيرة وعرضها قيراط والقطعة الثانية الجبيرة الانسية وتمتد من الورك الى ان تجاوز القدم بمقدار اقله اربعة قراريط او خمسة تكون مثقوبة من طرفها السفلى بثقب شبيه بفتحة الجبيرة الوحشية وبالقرب من احد جانبيها من نصف طولها فتحة تشبه الفتحة المذكورة فى الجبيرة الوحشية والقطعة الثالثة قطعة مستعرضة بعرض الجبيرتين طولها نحو ربع قيراط وفى طرفيها قطعة قليلة العرض معدة لان تدخل فى فتحتى الجبيرتين وهذه القطعة الثالثة مثقوبة بفتحتين ايضا عمقهما قيراط ونصف وعرضهما نصف قيراط وكل واحدة منهما منفصلة عن الاخرى بمسافة قيراط عرضا وهذه المسافة تكون فى مركز هذه القطعة * وكيفية وضع هذا الجهاز ان تصف قطع الجهاز على نحو ما ذكر فى كسر الفخذ اعنى الاشرطة وحاملة الجبائر والعصابات والرفائد والرباط الشاد والمقابل للشاد وتكون الرجل موضوعة ومحفوظة على انبساطها المستقيم الطبيعى ثم تلف الجبيرتان الوحشية والانسية فى حاملتهما و يبقى طرفاهما السفليان مكشوفين اعنى الخمسة قراريط الزايدة المجاوزة للقدم ويجتهد فى ان تكون حوافى الجبيرتين المثقوبتين من الامام ثم تقرب الجبيرتان للرجل وقبل ان ينثنيا توضع القطعة المستعرضة بادخال زايدتيها الشبيهتين بذنبين لهذه القطعة فى فتحتى الجبيرتين ثم يثبت من الاعلى رباط الشد المقابل ثم يدخل طرفا الرباط الشاد فى فتحتى القطعة المستعرضة ويعقدان عليها برفق وبواسطة شريط يذهب من فتحة الحافة المقدمة للجبيرة الوحشية الى فتحة الجبيرة الانسية مثبتا فيها تمنع الجبيرة الانسية عن الصعود وعن ان تجرح الجزء العلوى للفخذ وبعد ترتيب كل شئ على ما ذكر تثبت الجبائر بواسطة الاشرطة ويثبت القدم برفادة مستطيلة وهذا الجهاز بسيط ويسهل عمله وتتم به جميع الدلالات الشفائية المقصودة من الاجهزة الميكانيكية التى اخترعت

وهذا الجهاز الميكانكي يمنع تحول القدم الى الوحشية ويؤثر تاثيرا موازيا لسمت الرجل اكثر من الاجهزة السابقة لكنه فيه جميع العيوب التى فى جهاز دسولت فانه يقال عموما ان جميع الاجهزة التى للشد المستمر بدل ان تمنع انقباض العضلات كثيرا ما تسببه بسبب جذبها لهذه الاعضاء والذى يمنع هذا الانقباض منعا حقيقيا وضع الاعضاء وضعا مسترخيا فلذلك اخترعت قاعدتان احداهما قاعدة بوت والاخرى السطح المزدوج المايل * فقاعدة بوت

قاعدة بوت

تكون باضجاع الرجل على جانبها الوحشى وثنى الساق على الفخذ وعيب هذه القاعدة ان تصير حركة الشد والشد المقابل عسرتين جدا مع ان هاتين الحركتين ينبغى ان يؤثرا فى نفس العضو المكسور ولا يتمكن بهذه القاعدة من تقريب الفخذ السليم للمريض ولا يمكن بها الحكم على الردهل هو متقن اولا وزيادة على ذلك يكون ضغط الجذع على المدور العظيم مؤلما جدا والرجل قابلة جدا للزوغان وزيادة على ذلك ايضا انه لا يمكن استعمال هذه القاعدة متى كان عظما الفخذين مكسورين معا * والتباعد عن عيوب قاعدة بوت اجتهد براحون

قاعدة السطح المزدوج

من الانجليز فى جهاز مركب من سطحين مايلين متكونين من ثلاثة الواح من الخشب احدها يكون افقيا موضوعا على السرير وهو الذى يكون قاعدة الجهاز واللوحان الاخران يكون طول كل منهما كطول الفخذ مع الساق ومتصلين ببعضهما اتصالا مفصليا بواسطة رزات فى مابض الركبة والطرف الكائن اسفل المفصل الحرقفى الفخذى يكون مثبتا ببرزة ثانية فى الجزء الافقى للالة والطرف المقابل للوحة الاخرى المستند عليها الساق داخل فى تدريزه يمكن رفع السطحين كثيرا او قليلا وهذه الالة تكون على هيئة مثلث احد اضلاعه موضوع افقيا على السرير والضلع المحاذى للفخذ يكون منحرفا من الخلف الى الامام ومن الاسفل الى الاعلى والضلع المرتكز عليه الساق مائلا بعكس ذلك وسطحا اللوحين المائلين عرض كل منهما نحو قدم ومقعر تقعيرا خفيفا ومغطى بمخدات حتى لا ينضغط العضو ضغطا مؤلما * وكيفية وضع الجهاز ان يكون المريض مضطجعا على سريره والسطح المزدوج المائل يكون موشحا بثلاثة اشرطة

وعصائب

وعصائب متفاصلة ورفائد ويوضع تحت الساق والفخذ ثم تجذب الرجل جذبات معتدلة حالة كونها منثنية فيكفى ذلك فى تتميم الرد ثم توضع الرفائد والعصائب وتوضع جبيرتان فى الجانب الوحشى والانسى لهما كطول الساق واذا كان فى عنق عظم الفخذ فلا ينبغى وضع جبائر لانها غير نافعة لكن فى كلتا الحالتين تثبت الرجل على السطح المايل بواسطة قطعتين من الخرق منثنيتين على هيئة مثلث احدهما للفخذ والاخرى للساق ويمران على الفخذ واسفل الوحشيتين

السطح المايل لدوبيترن

المائلتين وينعقدان على حافتيهما * والمعلم دوبيترن يستعمل بدل السطح المايل الذى من الخشب مخدة كبيرة شكلها كالسطح المايل المذكور آنفا ويثبت الرجل عليها بواسطة ملاءة منثنية على هيئة مثلث وسطحه يحيط بالقدم وطرفاه ينعقدان فى جانب السرير * والسطح المزدوج المايل يحتوى على جميع

منفعة السطح المزدوج المائل

منافع المد المستمر من غير ان يكون فيه ضرر فثقل الحوض يجذب الجزء العلوى المكسور من الفخذ الى الاسفل وتتم حركة الشد المقابل والساق يجذب الجزء المكسور السفلى من الفخذ الى الاسفل وتتم حركة الشد ولا يتسبب من هذا الجهاز الم ولا مشقة للمريض اصلا ومن جملة منافعه ايضا انه يتمكن به فى كل يوم من مقارنة طول الرجل المصابة للساحة بتى السليمة وتقريبها للاخرى وانه يمنع به حصول الانكيلوزى لانه يتمكن من بسط الرجل انبساطا تدريجيا وكيف كانت طريقة المعالجة المستعملة فينبغى دائما ابقاء الجهاز موضوعا من خمسين يوما الى ستين لكسر جسم عظم الفخذ * واما كسر عنق الفخذ والوضع الغائر

كسر عنق الفخذ

المستبطن له وسموكة الاجزاء الرخوة المحيطة به مما يصير حصول الكسر من الاسباب الواصلة عسرا او نادرا والغالب ان يكون من اسباب غير واصلة كسقطة على المدور العظيم اوعلى الاخمص اوعلى الركبة * فاذا سقط احد على المدور العظيم انضغط عنق عظم الفخذ فيما بين قوتين جانبيتين فينكسر من اسفل الى اعلى واذا سقط على الاخمص انضغط عنق عظم الفخذ لثقل الجذع فينكسر من اعلى الى اسفل والكسر المذكور قد يكون من انسى المحفظة المفصلية اومن وحشيها وذلك يعسر تمييزه جدا غير ان له تاثيرا عظيما فى حصول الشفاء *

وعلامات هذا الكسران يستشعر المريض بالم فى وحشى الجهة العليا من الفخذ وتعذر الانتصاب على القدم والمشى او تعسرهما جدا وكثيرا ما يحصل القصر وتحول القدم والركبة الى الوحشية وتكون الرجل منثنية نصف انثناء وترتكز على وجهها الوحشى وعقب الرجل المريضة يحاذى خلف الكعب الانسى من ساق الرجل السليمة ولا يتمكن المريض من زيغ رجله كلها والكسر المذكور دائما مرض ثقيل سيما فى الشيوخ وفى الاحوال الحميدة منه يبقى فى الغالب قصر قليل فى الرجل فيصير المريض اعرج وكسر عنق الفخذ قد استمر زمنا طويلا مجهولا فيه جواب سؤال هل كسر العنق المذكور قابل للالتئام اولا وجواب ذلك كما ثبت انه اذا كان الكسر فى الجزء الخارج عن المحفظة وعولج بمعالجة قاعدية حصل الالتئام وان كان الكسر فى باطن المحفظة فليس التئامه محققا بقدر ماذكر لان العظم فى هذا المحل ليس مغطى الا بسمحاق رقيق جدا والجزء المكسور قصير جدا فقبوله للمادة الغذائية قليل * ثم ان الرد فى كسر عنق الفخذ يكون على نحو ماذكر فى الجهاز المخصوص بالمد المستمر والسطح المزدوج المائل يوافق لمعالجة هذا الكسر ومدة المعالجة من ثمانين يوما الى تسعين ولا يسمح للمريض بالمشى الا بالعكاكيز واذا حصل للفخذ بعض قصر فعلى المريض ان يستعمل دائما مركوبا نعله يكون سميكا بقدر ما نقص من طول الرجل

الثانية انحناء الرجل بعد الكسر

اذا حصل فى الاطراف السفلى كسر ولم تحفظ بعد المعالجة حفظا جيدا او تحملت سريعا بثقل الجسم فان الاندمال الوقتى من حيث انه لم يكتسب صلابة كافية ينثنى من القوة العضلية او من ثقل الجسم وينحنى انحناء مختلفا فحال ما توجد هذه الحالة يرجع المريض الى فراشه ويرد له الجهاز ولاجل ازالة التشوه يضغط على تحدب التقوس بواسطة رفائد درجية توضع عليها جبيرة متينة والغالب انه يمكن بهذه الواسطة ان ترجع الرجل الى استقامتها الطبيعية اذا استعملت الواسطة المذكورة بسرعة واذا حصل القصر بسبب ضمور الاندمال او من

تراكيب الاجزاء المكسورة استعمل المد المستمر لكن يجتهد فى ان تكون حركات هذا المد برفق وتؤثر تاثيرا تدريجيا وبلطافة حين يستطيل نسيج الاندمال ولا تنال الاستطالة الطبيعية الا بعد مدة طويلة من الايام ويعسر تعيين الزمن الذى تستحيل فيه ازالة هذا التشوه وقد ظهر للمعلم دوبيترن ان الاندمال الدائم ما دام لم يتكون يتمكن من ارجاع الرجل الى شكلها الاصلى وطولها الطبيعى فقد شوهد ازالة التشوه بعد اشهر كثيرة

الثالثة عدم التئام الكسر

قد يتفق ان الكسر فى الزمن الاعتيادى الذى يلتئم فيه عادة لا يكتسب الاندمال فيه صلابة اصلا فحينئذ تتكون الاجزاء على حالتين متميزتين الاولى ان تكون الاجزاء المكسورة منضمة الى بعضها لكن مع عدم تعظم الاندمال ويعرف بقاء لينه بالجس والثانية ان يلتئم كل من الاجزاء على حدته فيتكون مفصل غير طبيعى * فالحالة الاولى وهى ما اذا لم يبق على الاندمال الا ان يتعظم يجب فيها من اول الامر وضع الجهاز ثم الاجتهاد فى الاستقصاء عن سبب بطىء تكون الاندمال ليجتهد فى ازالته ان امكن ذلك فان كان عدم تعظمه حاصلا من حركات صدرت من المريض بدون تعقل امر بهدوه وسكونه ويتم الشفاء بهذه الواسطة البسيطة وان كان عدم التعظم صادرا من سبب باطنى كالداء الافرنجى او الاسكوربوط وجب معالجة هذين المرضين بالمعالجة المناسبة لهما وبعض الاطباء يزعم انه يرى ان الحبل وزمن اليأس من الحيض يبطئان التعظم وفى هذه الحالة يمكن شفاء المريض باطالة المعالجة وان كان السبب المبطى يمكن الازالة كالسرطان او كان مجهولا فلا واسطة هنالك الا اطالة مدة وضع الجهاز * والحالة الثانية وهى تكون المفصل الغير الطبيعى وتتسبب غالبا عن الحركات الغير المعقولة من المريض وفى بعض الاحيان تكون متسببة عن احد الاسباب العمومية المذكورة آنفا لا يكفى فيها اعادة وضع الاجزاء فى جهاز لنيل الشفاء بل يلتجى للوسائط الجراحية وقد اوصى لذلك بثلاث قواعد * الاولى وهى اقدم

عدم صلابة الاندمال

المفصل الغير الطبيعى

قاعدة حك الاجزاء المكسورة ببعضها

من غيرهـا جدا تكون بتمزيق الاثوة المغطية للاجزاء المكسورة بحكها فى بعضها بعد توصيلها لبعضها ثم يعاد وضع الرجل فى الجهاز وهذه القاعدة يعسر تتميمها جدا وغير كافية فى الشفاء فلذلك هجرت فى عصرنا هذا عند الجمهور * والثانية تكون بقطع الاجزاء المكسورة وهذه العملية عملها اول مرة جراح انجليزى يسمى ويت من نحو خمس وثمانين سنة تقريبا * وعملها على طريقة المذكور تكون بشق الاجزاء الرخوة للطرف من الجهة المقابلة لمسير الاوعية حتى يبلغ العظام ثم يخرج منه على التعاقب طرف كل جزء من الجزئين المكسورين ليقطع بالمنشار ثم توفق الاجزاء ببعضها ويوضع العضو فى جهاز الكسر وهذه الطريقة استعملت من جراحين كثيرين بنجاح * ويسهل تتميمها فى العضد اذا كان محلس المفصل الكاذب لان الاجزاء المكسورة فيه تبقى اطرافها فى الغالب مقابلة لبعضها فيسهل اخراج احدها بعد الثانى بواسطة شق يشق فى الجهة الوحشية من العضد * ويعسر فى عظم الفخذ بسبب ان الجزئين المنكسرين يركب بعضهما بعضا فالعلوى منهما يذهب الى الوحشية فلا يمكن الا كشف هذا الجزء واما السفلى الذاهب الى الانسية والخلف فيبعد جدا فلا يتمكن من اخراجه من جرح يصنع فى الجهة الوحشية لكونه مغطى من الانسية باجزاء ثخينة جدا وباوعية مهمة جدا فلا يتمكن من اخراجه من انسى الرجل * وعملها على طريقة المعلم دبويترن لا يحتاج لقطع الجزئين المكسورين بل يكفى قطع احدهما ولذا استعمله فى حالتين وحصل به الالتئام وكيفية ذلك ماذكر فى طريقة ويت غير ان اختراع المنشار الزنجيرى الذى ذكرناه فى حلق المفاصل خفف وسهل هذه الطريقة وذلك انه بعد الشق الذى يشق يثبت المنشار فى ابرة طويلة منحنية ويدخل حتى يحيط بالعظم فينشره من الباطن الى الظاهر * والقاعدة الثالثة اما ينفذ خزام فيما بين القطع المكسورة متجنبا به مسير الاوعية والاعصاب ثم يوضع العضو فى الجهاز ولا يخرج الخزام الا بعد ان ياخذ الالتئام فى التقدم وكيفية هذه الطريقة بسيطة وهى ان يشق الجراح فى كل جانب من جانبى عظم الفخذ شقا بعيدا عن الاوعية والاعصاب ما امكن حتى يبلغ به العظم

قاعدة نشر رؤس تلك الاجزاء

قاعدة الخزام بين الاجزاء المكسورة

فعند

فعند ذلك يستعمل ابرة موشحة بفتيل من حرير مر فيما بين اطراف الاجزاء المكسورة لكن اذا كان الشخص نحيفا وامكن تميز نقطتى طرفى العظام فعلت العملية فى زمن واحد بواسطة ابرة قاطعة * واحسن هذه القواعد الثلاث واسلمها حلق الجزئين المكسورين اواحدهما فهو الواسطة الشفائية الاسلم من غيرها والغالب ان يظهر فى العضو التهاب شديد جدا فينبغى مقاومته بالوسائط المناسبة وينبغى ابقاء الجهاز المتقدم مدة اقلها شهران اوثلاثة اواربعة

الحكم على هذه القواعد

الرابعة تعرى العظام

متى اصاب جسم جارح عظما مابقوة ولو قليلة عراه عن سمحاقه مسافة كثيرة اوقليلة وتعرى العظم المذكور يسبب غالبا موت الجزء المتعرى فى الشيوخ بسبب ضعف حيوية المنسوج العظمى فيهم ويحصل تفلس كثير السعة اوقليلها عرضا وعمقا والمراد بالتفلس انفصال الاجزاء الميتة وسقوطها على هيئة فلوس السمك * وهذا التفلس يتكون من الطبيعة فان الاجزاء الحية تحدث تولدات لحمية وتسبب تقيحا كثيرا فيجتهدان فى ازالة الاجزاء المتعرية التى صارت اجساما غريبة وفى الشبان يتمكن الالتهاب من الجزء المرضوض المتعرى والتفلس لايحصل بل يلين العظم ويتغضرف من سطحه ويكتسب سريعا فوصفات الكلس الذى كان فقده فقدا برهيا ولكن من حيث ان المادة الكلسية متوزعة على السوا فى السطح المريض تصير هذا السطح خشنا غير مستو * وغاية معالجة التعرية تدارك موت العظم قبل حصوله اوصيرورته اقل امتدادا وغورا وتكون بضم الجرح ومداواته بجواهر لطيفة ملينة مع التحرز الكلى من استعمال البلاسم والمراهم المهيجة المستعملة من القدما فانهما لم يفعلا شيأ الا زيادة الالتهاب وصيرورة نتايجه اشد مما كانت

كيفية حصول التفلس

الخامسة جروح العظام

العظام قد تصاب باجسام جارحة فتنفذ فى منسوجها الخاص وتسبب فيها وخزا او علامة بسيطة اوشقا او بروزشظية منها بدون ان تفصلها * ومعالجة

هذا على اى حالة يكون انجبار جرح العظم وغوره تكون بضم الاجزاء الرخوة كما اذا لم يكن فى العظام جرح والغالب ان تشفى هذه الجروح شفاء جيدا كانها لم تكن مصحوبة بهذه المصاحبة لكن ينبغى ان تستثنى الحالة التى يكون فيها العظم مجروحا وهو جزء من جدران تجويف وتفرق الاتصال فيه عاما السمكه او كانت الالة الجارحة وان لم تؤثر الا فى سطحه سببت فيه ارتجاجا عظيما بحيث تكون الطبقة الباطنة منه قد انكسرت فينتج من هذه الحالة بعض ضرر للاعضاء المنحصرة فى التجويف لكن صدور العوارض حينئذ من تفرق اتصال العظم يكون اقل من صدورها عن آفة الاجزاء المعد هو لوقايتها وشرح ذلك مخصوص بمبحث جروح هذه الاجزاء واذا فصلت الالة الجارحة شظية عظمية كبيرة كانت اوصغيرة من العظم فصلا كاملا اوفصلت معها هدبا من الاجزاء الرخوة المغطية له فلا يفعل شئ سوى ان يداوى الجرح كالجروح التى معها زوال جوهر اما اذا زال الجزء العظمى وحده فينبغى ان ترد الاجزاء الرخوة على جرح العظم بدون ان تشتغل بهذا العظم واما ان كان الجزء العظمى لم يزل مشبوكا بالاجزاء الرخوة وجب كما ذكرده ومداواته بمنزلة جرح بسيط وكيفية حصول الشفاء فى هذه الاحوال المختلفة ان جميع جروح العظام ينمو فيها المنسوج الخاص الآلى المتهيج ويمتص الجوهر الكلسى فتتولد الازرار الخلوية الوعائية واذا ارتفعت هذه الازرار حالا من السطح المتعرى قيل انه لم يكن فى العظم تفلس واضح واذا كانت اهداب الاجزاء الرخوة منطبقة على تلك الازرار انضمت الى بعضها فاذا كانت محاذية لظاهر الجسم غطيت باثرة واذا كانت ملامسة لازرار مثلها متولدة على سطح جزء آخر عظمى كما فى الكسر المصحوب بجرح المضموم باتقان تلاصقت مع بعضها ورسب فى الحال فوصفات الكلس فى المنسوج اللحمى ثم الغضروفى المكونة هى له فيزول تفرق الاتصال وتثبت صلابة العضو

السادسة الالتهاب الحاد للعظام

قد ذكرنا ان الالتهاب فى الاجزاء الرخوة ينشأ عنه معظم الاعراض المتكلم عليها

الى

الى هنا وهو ايضا يسبب بجميع التغيرات التى ليست بميكانكية ا قابل لها المنسوج
العظمى فالالتهاب الصادر من الجروح يسبب فى العظام تيجتين واضحتين جدا
هما انه اذا كان قليل الاشتداد ومستمرا من تاثير الهواء ومن اجسام صهصية انتهى
سريعا بتغنغر بنا الاجزاء التى هى مجلس له و اذا كان اقل اشتدادا اقتصر تاثيره
على زيادة فعل الاوعية الماصة وتعريته المنسوج الخاص للعضو عن المادة
الباطنة المتراكمة عليه وتسبب نمو الازرار الخلوية الوعائية كثيرة كانت
اوقليلة وعقب جروح العظم تشاهد اسطحة الاجزاء الرخوة ولو انضمت
انضماما محكما بتلك العظام مسترقة خشنة ومنطبعا فيها اثر زوال
جوهر ونوع هذا الالتهاب ليس بمؤلم واعراض موت الصفائح العظمية لسطحية
واعراض نمو اوعية المنسوج الخاص للعضو يتعاقبان ويبلغان ارقى درجة
من الاشتداد بدون ان يدرك ذلك المريض فيجتهد حينئذ كالاجتهاد فى جميع
الاحوال بتلطيف العوارض وبتقصير مدتها والالتهابات الغائرة للمنسوج
العظمى التى مجلسها الغشاء النخاعى وناشئة عن استعداد باطنى تكون
مصحوبة فى الغالب بآلام شديدة تكاد ان لا تحتمل والحس بذلك يعسر تحمله
كلما كان غير معتاد وكانت حساسية الاجزاء المصابة اقل من حساسيتها
فى الحالة الطبيعية فمقاومة المرض الباطنى الذى من نتيجته تهيج العظام
ووضع العلق على الجهة المألمة والمكمدات الملينة والمخدرة اذا كان فى المحل حرارة
وتورم والالتجاء فى عكس هذه الحالة للملابس الحارة والدلك بالصوف والمهيجات
الجلدية وبقية المصرفات هى الوسائط المضطر للالتجاء اليها ونوع هذه التهيجات
الذى ثبت للعظام كثيرا ما يصير اعتياديا لها فيتولد بسهولة عظيمة
وفى كثير من الاشخاص يحدث الافات الكثيرة الثقل والتغيرات الكثيرة الغور
والكمون وحينئذ فمن المهم دائما ان يقاوم هذا التهيج بقوة واجتهاد حتى يزول
بالكلية ثم لا يفتر عن ادامة استعمال ما فيه كفاية لتبعيد نوب هذا التهيج ولازالة
الحالة العضوية المجددة للافعال التى يصدر عنها ذلك التهيج واعلم ان ما ينشأ
عن الالتهاب فى العظام جملة آفات تسمى باسماء مخصوصة * فمنها تطرية

نطرية نسيج العظم

العظام اى لين نسيجها وهو مرض ينبغى ان يميز عن عدم تصلبها فانه يشاهد
فى الاطفال اللينفاويين الضعاف المتعرضين ذبول الافعال الغذائية فتنحنى
فيهم العظام لا لكونها استرخت بل لان تصلبها لم يتم مع كون العضلات صارت
بالنسبة اليها اقوى وثقل الاجزاء اعظم ومعالجة هذا الداء اعنى عدم التصلب
ان ترد الوظايف قواها وتزال التهيجات المشوشة لانتظام اتمامها وترد
الموازنة المتشوشة فى الجسم فهذه هى القواعد الصحية لمعالجة الراكيتس
فى الاطفال اى وجع الظهر او الحدبة او ريح الافرسة واما تطرية المنسوج
العظمى فى الشبان فيكون صادرا عن تهيج ثابت فى العضو او الاعضاء المصابة
فالضربات والسقطات وانتقالات الالتهابات المختلفة والاسكوربوط والداء
الافرنجى ونحو ذلك لا يمكنها ان تسبب مرضا كهذا الا بتهييجها للاجزاء التى
هى محلس له فالالتهابات المحرضة تحريضا مقصودا فى المنسوج العظمى تسبب
تطريته وينبغى ان يتأمل فى ان اكثر حصول هذا وسهولته يكونان فى الاشخاص
المصابين بداء الخنازير فهو فيهم اكثر من الاشخاص ذوات المزاج الاصلح والاعدل
ومعالجة هذا فى جميع الاحوال تكون بمقاومة التهيجات المذكورة التى سببت
تطرية العظم او ارجاعها الى محلسها الاولى او ازالة الاسكوربوط او الداء الافرنجى
مع ترجيع الصحة العامة والتحرس من جميع الافعال الكافية لزيادة انحناء
الاعضاء المستطرية وامر المريض بفعل جميع الحركات الممكنة وارجاع القوة
للتغذية هى الوسائط الواجب ان يقاوم بها المرض الذى نحن بصدده * ومنها هشاشة لعظم
هشاشة العظام وهى نتيجة كثيرة الحصول من التهيجات الافرنجية والقوبوية
والسرطانية ويظهر انها صادرة من التاثير المهيج الحاصل من هذه الداآت
فى المنسوج العظمى وسهولة الكسر الحاصل من هذه الهشاشة فى الاشخاص
ينبغى مقاومته بالاجهزة الحافظة الاعتيادية مع المعالجة الباطنة المناسبة
فيها بزوال السبب الباطن الموهن للصلابة الطبيعية للعظام * ومنها تسوسه
تسوس العظام فالتسوس قد ينشأ من جميع الاسباب المهيجة الباطنة والظاهرة
ويعقب دائما التهابا واضحا والتسوس ليس الا تقرح المنسوج العظمى المشابه

لتقرح الاجزاء الرخوة فلا يخالفه الا بسبب البنية المخصوصة للعضو الذى هو مجلس له فالاجزاء الاسفنجية من العظم تصاب بالتسوس اكثر من بقية الاجزاء المندمجة منه وحال حصول هذا التسوس ينفصل السمحاق عن العظم ويجتمع الصديد تحته وتتهيج الاجزاء الرخوة المجاورة وترم وتتكون من الظاهر خراجات تتنوصر فتحاتها ويرم العظم نفسه ويصير رماديا اوسنجابيا اوازرق وجوهره يفقد صلابته ويستحيل الى كتلة اسفنجية متكونة من صفايح هشة تنبرى وتستحيل الى اجزاء دقيقة تكاد ان تكون مسحوقة وتسيل من سطح القرحة مادة صديدية دموية وفى بعض الاحيان تعلو هذا السطح لحوم فطرية وهذه التغيرات تكون كثيرة الغور اوقليلته وتسبب تلفا كثير السعة فى العظام الاسفنجية كاطراف عظام رسغ اليد والقدم والفقرات اكثر منه فى وسطها الذى هو اكثر صلابة من اطراف العظام المذكورة ＊ ومقاومة السبب الباطنى

المعالجة

للتسوس اومساعدة ظهور ذلك التسوس ليقاوم بالملينات والفصد الموضعى ثم بالمهيجات بل وبافساد الاجزاء المصابة به بواسطة كى النار هى الطريقة الواجب استعمالها لشفاء هذا الداء ولكن الاجزاء المتسوسة من العظم ينبغى ان تكشف اولا بالشق المناسب وتنظف من الدم اوالصديد المندى لها ويزال منها بالمحات كلما كان اسفنجيا جدا اورخوا جدا ثم يطفا عليها محوراوا كثر لتستحيل الى خشكريشة صلبة يمكن ان يتولد عليها بعض الازرار الخلوية الوعائية الجيدة الطبيعة وبعض الصفايح من المقوى اومن الخرق الثخينة المصفوف على الاجزاء الرخوة يصونها من تاثير النار ＊ ومنها الاجزوستوزاى الورم العظمى فان العظم اذا التهب فكثيرا ما ينتفخ فيتكون من ذلك اورام تختلف بالنظر للحجم والشكل وهذه الاورام تصيب فى الغالب العظام المندمجة السطحية اكثر من بقيتها وتنشا بنوعين مختلفين احدهما وهو الاندر صادر فى الحقيقة من انتفاخ واحتقان العظم الذى صفحاته تنمو وترتفع وتبرز بسعة مختلفة وثانيهما وهو المشاهد فى اكثر الاحوال ناشئ من داء حاصل فى السمحاق وفى سطح العظم المغشى هوله فى آن واحد فان هذا الغشاء الليفى يحتقن و يحمر وتظهر اوعيته ثم يرسب

فيما بينه وبين المنسوج العظمى مادة شهبا تنتقل بسرعة كثيرة او قليلة من الحالة الهلامية الى البنية الغضروفية ثم الى الجوهر العظمى وهذه التولدات تنشأ عنها عظام جديدة تضاف بنوع ما على العظام العتيقة والاجزاء الذى نحن بصدده اذا استقصى عنه بعد تكونه بزمن قليل يرى انه متكون من صفائح عظمية لا تزال قابلة لانفصالها عن العظم الطبيعى اما بتعطين مستطيل او بجملة طرق ميكانكية واذا استطالت المدة اختلطت قاعدة الورم بالعظم الحامل له ووجدت مغطاة مثله بسمحاق وايضا بصفيحة مندمجة تتصل بالاجزاء المشابهة لبقية العظم والاجزاء اما ان يكون مزمنا او حادا ففى الاول يصير غير مؤلم ويكتسب صلابة العاج اويبقى لينا وقد يمتلىء ابتداء ان يمتلىء ابتداء ... وفى الثانى يكون مصحوبا بآلام شديدة تزيد بسرعة وكثيرا ما تتكون خراجات او تسوس فى تجويفه او تنبت فيه لحوم فطرية * ومعالجته فى جميع الاحوال تكون بمقاومة سبب المرض وبتغطية الورم بوضعيات ملينة وبارسال العلق عليه ليمتنع نموه وهذه الوسائط كثيرا ما تكفى لازالته فان استمر بعد زوال اعراض التهيج كلها ولم يسبب مشقة فى حركة الاجزاء المجاورة خلى ونفسه وفى عكس ذلك ينبغى كشفه وازالته اما بنشر قاعدته نشرا او رابيا او بفصله بالمنشار فصلا عاموديا الى جملة اجزاء ثم تزال بالمنقار والمطرقة وهذه العمليات مختلفة بحسب اختلافات الاحوال فلا يمكن تخصيص قاعدة لتتميمها ولا ينبغى الاقدام عليها الا اذا تحقق زوال الاسباب كلها التى سببت ظهور الورم * ومنها استحالة نسيج العظم استحالة فطرية ينبغى ان يفهم ان المراد من لفظ الاستحالة الفطرية للمنسوج العظمى الحالة التى يكون فيها العظم منتفخا متمددا من جوهر لحمى الشكل يتكون فى باطنه وقد شرح هذا الداء مسمى بالشوكة الريحية وهو اسم سخرى ينبغى رفضه من اللغة الجراحية لكونه لا يتصور منه حقيقة الداء الموضوع هو له والاستحالة الفطرية للعظم مدائما نتيجة تهيج فى العظم والاسباب البادية كثيرا ما تسببه فيستشعر بالم حاد تارة وتارة اصم غائر فى الجهة المصابة وتتكون خراجات فى سطحها وتحصل حمى السل ولا شك ان الموت يكون نتيجة تشوش

المعالجة

استحالة نسيج العظم استحالة فطرية

وفساد غائر جدا لمثل هذا وفى الاستقصاء الرمى يوجد الجوهر العظمى متخللا
كانه قفص منحصر فيه المنسوج القطرى وهذا المرض لايشفى الا فى الاشخاص
الشبان جدا فيشاهد فيهم وان كان نادرا تقيح الورم زمنا ثم هبوطه وزواله وبتر
الطرف فى معظم الاحوال يكون الحيلة الوحيدة الباقية لصيانة حياة
الشخص ومن الجائز انه اذا قووم تهيج العظام من وقت ابتدائه بالوسائط الموضعية
المضادة للالتهاب القوية الفعل منعت تلك الاستحالة التى نحن بصددها ونقص
عدد الاموات منه * ومنها سرطان العظام فان جميع اورام العظام المشروحة
آنفا قد تتسرطن فالاجزو ستوز اى الورم العظمى قابل لان يمتلئ من منسوج
قطرى شحمى يستحيل فى بعض الاشخاص الى حالة سرطانية والاستحالة
القطرية المذكورة انفا هى اكثر قبولا لهذا التسرطن وكيف كان هذا المرض فان
اعراضه الموضعية والعامة لاتختلف عن اعراض سرطان الاجزاء الرخوة
فالعظم من حيث انه ممتلئ من منسوج تارة شحمى وتارة ليفى وتارة مخى الشكل
وتارة سويقى اخذ فى اللين تدريجا يقرح الاجزاء المجاورة له ويصير ينبوعا لتلف
كثير السعة والبتر هو الواسطة التى يمكن بها مقاومة هذا الداء المرهب كسابقه
وتداركه لكن متى كان ظاهرا لاتنفع فيه مقاومته بالوسائط الموضعية
ولا الادوية الباطنة ومنها النيكروزس اى سرطان العظم فقد ذكر آنفا
ان تعرى العظم وانفصال الجوهر العظمى يسببان موته وهذا الداء يكون
حصوله فى العظام الصلبة المندمجة اكثر منه فى الرخوة الاسفنجية وينشأ
اما من التهاب السمحاق او الغشاء النخاعى او من تهيج المنسوج العظمى او من
التهاب جميع هذه الاجزاء فى آن واحد واذا كان مصيبا للسطح الظاهر من العظام
المفرطحة تسبب عنه انفصال السمحاق وتكون خراج من تحته اذا انفتح للظاهر
تمكن من الوصول بسهولة الى السطح المتعرى بواسطة مسبار وهذا السمحاق
من حيث انه منفصول عن العظم يتعظم غالبا ويكون امام النيكروزس نوع غمد
يحتوى على جزء منه وقد يضطر لشقه لاستئصال الجزء الميت واذا كانت العظام
الطويلة محلا لهذا المرض فلا يصيب فى الغالب اطرافها المفصلية واذا كان

سرطان العظام

جسم العظم مصابا بالموت فى جميع سمكه انفصل عنه السمحاق وتلك وجهه الباطنى تسيل مادة هلامية شهباء كميتها تاخذ كل يوم فى الزيادة وتستحيل تدريجا الى الحالة الغضروفية ثم العظمية والجزء المريض ينتفخ حينئذ ويستشعر المريض بالم غائر وتحصل فى الغالب الحمى ومع ذلك يوجد العظم الميت منحصرا فى الغمد المتكون تكوينا جديدا المحيط به وينفصل من طرفيه العلوى والسفلى ويصير متخللا والصديد يتكون حواليه فيتسبب تكون خراجات تنفتح من الظاهر وتستمر متنوصرة واذا عرض لفعل الجواهر الماصة نقص حجمه واخشن سطحه واجتهدت الطبيعة فى محقه واستئصاله والجزء المركزى اى النخاعى للعظم هو المصاب بالموت فان الصفائح الظاهرة للعظم تمدد وينعزل الحاجز والصديد المنفرز بسببه الحاجز المذكور ينقب غمده ويبرز الى الخارج وهنا لم يكن تكون عظم جديد فان الجزء السنخى للعظم العتيق يكون نفس الغمد الحاوى للحاجز وبعد خروج هذا الحاجز تتقارب الصفائح العظمية لبعضها ويزول التجويف الذى كان متكونا منها ويعود كل شئ الى الانتظام الطبيعى الاصلى واذا استؤصل العظم الطويل كله ناب عنه العظم الجديد الذى يمتد اليه فيتصل بالاطراف المفصلية فلا يفقد العضو شكله ولا صلابته * واما المعالجة فادامت اعراض التهيج الغائر ثابتة فى العظام ظاهرة فى الشخص يجب استعمال مضادات الالتهاب العامة والموضعية مع مقاومة الاسباب الباطنة والظاهرة الناشئ عنها المرض او المستمر بسببها ومتى تكونت الخراجات وامكن وصول الآلة الى العظم الميت وجب ان لا يفتر عن لوسنط المذكورة حتى ينعزل الجزء العظمى ويتخلل من طبيعته ومداواة المحل الواجب استعمالها حينئذ انما هى النظافة ووضع الملينات والراحة الكلية وبعد انعزال الحاجز اذا ظهر من السير العام للمرض ومن حالة الاجزاء المصابة ومن قوة المريض ان الطبيعة كافية من ذاتها فى افناء الجزء العظمى الذى صار غريبا وانها تصيره سهل الاستخراج من الفتحات الكائنة وجب التأنى ومداومة المعالجة المضادة للالتهاب والانتظار لنتائج اجتهادات البنية الآلية اما اذا تحقق عدم كفاية الاجتهادات الطبيعية فيجب ان نعاون

المعالجة

باستخراج

كيفية استئصال الحاجز

باستخراج الحاجز وكيفية ذلك ان يضجع العضو على وسائد والجراح يحيط
الفتحات المتوصرة بشقين هلالين ويزيل جميع الاجزاء الرخوة الكائنة فيما
بينهما الى ان يبلغ العظم وقد يكفي شق واحد بسيط مستطيل لينتج منه جرح كثير
السعة وينبغي ان تعمل العملية التي نحن بصددها في جانب العضو المقابل
للجانب المارة فيه الاوعية والجذوع الغليظة العصبية ولفتحة ينبغي ان تحاذى
ايضا احد طرفي الحاجز حتى يتمكن من امساكه من طرفه ويسهل جذبه الى
الخارج وعند الوصول الى العظم الحاوي للجزء الميت يجب توسيع الفتحة بالسكين
ذات الزراوية بمنقار قوي واذا لم تكف هذه الالات وسعت بتاج منقاب او اكثر
بحسب الاتجاه الانسب ومن المهم ان يحترس في مدة العملية ولا عن اخراج
الحاجز من فتحة ضيقة جدا لانه ينتج من ذلك حركات عنيفة توجب اما التكسير
الجزء العظمي اوتعرية العظم الطبيعي او تسبب نكروزيسا جديدا وثانيا عن ان
يطول الشق جدا في غمد الحاجز فان من ذلك يحصل الضرر الشديد في اضعاف
العضو وازدياد التشوش بدون فايدة وابطاء الشفاء وثالثا عن رج العظم الجديد
بالمنقار والمطرقة لانه مما يسبب كسره ويعظم به امر المرض لما يصاحبه فلهذا
السبب يختار عن هذه الالات استعمال المنقاب والمناشير ذوات الحد المحدب
المعدة لفصل الاجزاء التي لم تزل باقية فيما بين الثقوب الحاصلة من المنقاب
واذا ظهر ان سعة الفتحة كافية فيمسك الحاجز ويجتهد في اخراجه بتوسيع محل
خروجه بحسب الحاجة ثم يوصل الى الخارج ثم يداوى الجرح مداواة سهلية
بالنسالة ويسهل خروج الصديد بالوضع المناسب للعضو والشق من حيث انه
احيل الى حالة بسيطة فلا يبطئ التحامه واعلم ان القدماء كثيرا ما خلطوا
الامراض الصادرة من تهيج العظام بعضها الا انه كان تمييزها عسرا وسبب ذلك
ان النسوس كثيرا ما يصيب الاجزاء العظمية المنتفخة او المتورمة فكثيرا ما يشاهد
في عظم واحد بعض اجزاء لم تزل صلبة غاية ما فيه انها منتفخة فقط مع كونها
مجاورة لاجزاء اخرى منه متقرحة او متلحمة او متسرطنة او مصابة بالموت في
سعة كثيرة منها او قليلة فقد ظهر ان هذه الالتهابات المختلفة للالتهاب المنسوج

العظمى تتصاحب بعضها كما انه يشاهد فى الاجزاء الرخوة ورم متقرح ويوجد فيه بعض اجزاء شحمية اوليفية اوغضروفية اومخية الشكل اونحو ذلك ففى هذه الاحوال ليس من الفضول ان يقال ثانيا ان التهيج هو الظاهرة الاصلية الرئيسة والسبب الواصل للمرض وعلى الجراح العملى ان يجتهد دائما فى مقاومته فبازالته كثيرا ما تصير العمليات الاكثر ثقلا غير ضرورية اوفلا اقل من انها تحيل المرض الى حالة بسيطة تصير طرق العملية اسهل نجاحا واأمن وفى علم الامراض الباطنة يوجد بيان اوسع من هذا فى مبحث التهاب العظام

الفصل الرابع فى بتر الاطراف

البتر عملية بها يزال عضو ما بواسطة الالة القاطعة وهو الحيلة الاخيرة الجراحية واخر ما فيها من الوسائط ولا ينبغى الاقدام عليها الا متى تحقق عدم امكان حفظ العضو وعدم سلامة المريض باى واسطة غيرها ولا ينبغى الاقدام عليها ايضا الا بعد ان تتعقل الاخطار الحقيقية المترتبة على المرض والنجاح المأمول من هذه العملية ولا ينبغى للجراح الجزم بعملها ولو مع عدم الموانع منها بدون استشارة رأى اخوانه المهرة فى الفن لانه كثيرا ما يكون تمييز الاحوال التى تستدعى بتر العضو اعسر من تمييز الاحوال التى يرجى فيها حفظه فالبتر فى حد ذاته عملية ثقيلة بشعة جدا حيث انه يخاطر بها على حياة الشخص وزيادة على ذلك يفقد بها من يكابدها عضو فلذلك يجب على الجراح العارف المتحاشى ان لا ينسى ان عناية الجراحة الحفظ لا التلف وان ابقاء العضو اشرف واحسن من ان يتصف ببتر اعضاء كثيرة باعظم سرعة فى زمن يسير وهناك وجه اخر يقال فيه لان يهلك جزء واحد خير من ان تهلك الجملة وان بقاء شخص يعيش بثلاثة اطراف اولى من ان يترك يموت باربعة والبتر عملية معروفة قديما وذكرت فى كتب ابيوقراط وجالينوس واول من شرح عنها شرحا بعض اعتناء شلسا وهى مشروحة ايضا فى كتب العرب وكان استعمالها نادرا بسبب ما كان يخشى منها لان دورة الدم كانت مجهولة عندهم غير معروفة فكان التحيل على ايقاف النزيف غير متيسر وكانوا

اذا اضطروا اليها لا يبتغون الا الاجزاء الميتة متحرسين من اصابة الانسجة الحية ومن خصوص كيفية القدماء فى تتميمها فكانت قاسية شاقة ويستدل على ذلك من كون المرضى تختار اهمالى انفسها والموت عندها ارلى من الاقبال عليها لانهم كانوا يمنعون النزيف بربط دائرة الطرف كلها وبعد قطعه كانوا يكوون سطح العضو المقطوع بحديد محمى او كانوا يغمسونه فى زيت مغلى او فى القطران ولما كانت حروب القبائل قبل اختراع البارود اقل هولا كالاوقائع كانت الجروح اقل ثقلا والاضطرار للبتر كان اقل تواترا واما فى عصرنا هذا فكثيرا ما يلتجى اليها لان الطوارق التى تستدعيها تتوارد كثيرا فصارت عملية خطرها قليل بسبب الاتقان الذى حصل لها على ايدى الجراحة الحادثة والافات التى تصير البتر ضروريا اربع عشرة آفة * اولها وهو الاوضح ان يزال الطرف كله من جسم غليظ منقذف ككرة مدفع والجرح الصادر من سبب كهذا يكون مرضوضا غاية الرض وغير مستو واطراف الاوعية المتمزقة تبعد وتختفى فى اللحم فلا يمكن ربطها وذلك مما يعرض المجروح للهلاك من النزيف والعظام قد تكون مكسورة كسرا غير مستو ايضا وكثيرا ما تكون منفلقة الى المفصل العلوى القريب اليها والارتجاج الساعى الى علو عظيم يهيئ الانسجة لالتهاب خبيث فغاية البتر فى هذه الحالة ابدالها بجرح بسيط حاصل من الات قاطعة يكون مستوفيا للاحوال التى هى اكثر اسعافا فالالتحام سريع سهل * وثانيها ان لا يمكن بقاء الطرف بسبب تمزق الاجزاء الرخوة وسعة الكسر وانعجاق الرئيس من الاوعية والاعصاب الحاصل كل ذلك من الاجسام المنقذفة بالبارود فالبتر هنا ضرورى ايضا * وثالثها انه كثيرا ما يتفق ان كرات المدافع الكبيرة تسبب آفات عظيمة لا يمكن اصلاحها وتستدعى البتر بسبب ان الجلد فى هذه الحالة يكون منهرسا وكذا الاوتار العريضة والعضلات والاوعية والاعصاب بل والعظام تكون ايضا متهشمة منسحقة وتستحيل كلها الى كتلة عجينية سوداء لا يمكن ان تميز فى وسطها عضو او منسوج ويعرف هذا الفساد فى البنية الالية بورم لدن مترجرج كدم يشغل دائرة الطرف كلها وبعدم الصلابة الكلية فيه وبالقدرة على تقصيره بدون عنف

الافات التى يكون فيها البتر ضروريا

بان تجذب اطرافه السفلى نحو الجذع وبالبرد الجليدى وعدم احساس الجزء الكائن اسفل المحل المصاب * ورابعها الجروح النافذة فى المفاصل العظيمة كمفصل الكف والمرفق والمنكب والقدم والساق والركبة والحوض فانها قد عدت من الاحوال التى تستدعى البتر حتما غير انه بسبب تقدم الجراحة المستحدثة ابدل فى احوال كثيرة بحاق الاطراف المفصلية للعظام وحفظ بعض الاطراف التى ربما كانوا يبترونها سالفا وقد نتج من مشاهدات كثيرة متقنة ان الجروح النافذة القليلة السعة فى المفاصل كالصادرة عن الرصاص يمكن شفاؤها بدون عملية نعم ينبغى الاطلاق اطلاقا واسعا قانونيا سيما اذا استوصلت جميع الاجسام الغريبة واذا بقى فى الجرح نفس الجسم المنقذف او بعض قطع عظمية او غضروفية او كان التلف اعظم من ذلك فقطع طرف واحد او الطرفين العظميين المكونين للمفصل مما ينبغى تتميمه لان ذلك فيه صلاح للمريض اكثر من البتر الذى لا يتحتم الا فى كسر العظام العظيمة السعة وفى التمزق او الرض العظيمين للاجزاء الرخوة فبالنظر لهذه الاحوال تكون جروح المفاصل كثيرة الخطر فتستدعى زيادة الانتباه من الجراح لكنها لا تستدعى دلالة شفائية غير دلالة بقية اجزاء طول عظام الاطراف * وخامسها الجروح النافذة الحاصلة فى المفاصل من الآلات القاطعة فانها تستدعى ايضا البتر حتما لكن هذه الجروح اذ كانت مصاحبة للانكيلوزى كثيرا ما تشفى بدون عملية فينبغى ان تعد من الاحوال المشكوك فيها التى ينبغى فيها دائما ان يجتهد فى حفظ الاطراف وان لا يجزم بالعملية فيها الا متى اوقعت العوارض حياة المريض فى خطر * سادسها انه يعلم من الاعتبارات المذكورة آنفا ان جميع انواع الخلع الكامل فى مفاصل العظام الجانجليمية ولو كانت مصحوبة بتمزق الاربطة لا تستدعى دائما فناء الطرف المصاب فناء كاملا كما زعم كثير من المؤلفين لانه لم يزل باقيا للجراح العملى وسائط اخر يجب عليه استعمالها قبل ذلك لكن المعلم بويه اشار بانه ينبغى قطع الساق متى انقلب الكعب انقلابا كاملا فيما بين القدم والساق فى خلع المفصل القصبى الكعبى لكن من حيث ان المعلم دبويترن استأصل هذا العظم بنجاح فى مثل هذا الطارق ينبغى الاستفحاص

قبل البترهي هذه العملية يمكن تتميمها اولا * وسابعها ان جروح الجذوع
الغليظة الشريانية التي يصحبها طفحان كمية عظيمة من الدم تستدعي كثيرا البتر
بسبب المشقة التي تحصل للجراح في كشف فوهة الوعاء وتخوفه من كون الطبيعة
ليست قادرة على امتصاص هذا الانصباب ولكن من اللازم ان ذلك يكون اولا
مجاوزا للحد بحيث لا يتمكن من العمل وبحسب المشاهدات المذكورة من المعلم
دوبيران الامتصاص يزيده وثانيا انه بعد ربط الشرايين الحرقفية والشرايين
تحت الترقوة ربطا ناجحا يشدوان الجراح لا يمكنه ان يتمكن من ايقاف دورة
الدم في الوعاء المفتوح فعلى ذلك ضرورية البتر الممكن وجودها في بعض الاحوال
التي نحن بصددها اندر جدا مما كان يزعمه سلفنا فان الجراحة الحادثة جعلت
عمليات حافظة تنوب عن البتر الذي كان يستعمل قديما فنشأ من ذلك في هذه
الاحوال ايضا تنوعات عظيمة في الوصايا المقررة الى الان تقريرا عاما * وثامنها
هجوم التيتنوس فان المعلم لريه اوصى فيه ببتر الاطراف فيظهر انه حصل منه
نجاح حينئذ بموجب بعض مشاهدات من هذا المعلم لكن يستدل من تلك
المشاهدات انها لم تنجح في بعض الاحيان والتجربيات ستثبت في يوم ما هذه
الاختلافات وتميز الاحوال التي يجب فيها البتر عن الاحوال التي يكون فيها غير
نافع والامراض الآتي ذكرها تستدعي ايضا البتر وتاسعها الغنغرينا في طرف
تستدعي البتر فينبغي لقطع الاجزاء الميتة ان ينتظر حتى ان الخط الالتهابي الفاصل
بينها وبين الاجزاء الحية يتضح * وعاشرها الاورام السرطانية او الانتصابية
او غيرها التي غيرت العظام والشرايين والاوردة والاعصاب الرئيسة للاطراف
ولا يمكن ازالتها بالكلية تستدعي البتر وهذا الطارق نادر جدا لان من الموصى به
ان هذه الاورام لا ينبغي ان تهمل اهمالا عظيما حتى تاخذ في السعي بحيث يصير
استئصالها محالا * وحادي عشرها التسوسات الغائرة في الاطراف المفصلية
للعظام وقروحها المتسرطنة والافات الغائرة في الاجزاء الرخوة الظاهرة للمفاصل
والنيكروزيس العظيم السعة مع تسوس العظم الكائن تحته فان هذه الامراض
لا يمكن شفاؤها ويضطر فيها للبتر * وثاني عشرها الانوريزما فانهم استمروا زمنا

لهو ولا يعدون الاورام الانسورزمية العظيمة الحجم من جملة ما يستدعى البتر ومن المحقق ان كثيرا من هذه الاورام لا يمكن ان يعمل فيه عملية بالقاعدة العتيقة بدون مخاطرة على حياة المريض ولكن ليس كذلك فى عصرنا هذا فان كثيرا من الانسورزما بالنظر لنموه ووضعه قريبا من قاعدة الطرف ربما كان ممكنا ان تعمل فيه عملية ممن سلفنا والان تعمل فيه عملية بنجاح بموجب قاعدة انيل اودسول ولا ينبغى الالتجاء للبتر الا فيما اذا كان جزء من العظام منمعقا من الورم وسبب تلفا عظيما السعة فى الاجزاء الرخوة والاعتبارات التى شرحناها فى جروح الشرايين يكون مثلها ايضا فى الانسورزما * وثالث عشرها الاحوال التى لا يجف فيها التقيح وينهك المريض ويوقع حياته فى خطر قريب فانه تنبغى فيها عملية البتر * ورابع عشرها ان بعض الاشخاص استدعى هذه العملية عندما اكتسبت اطرافه بسبب الانكيلوزى وضعا معيبا او تكون فيها بسبب كسر مفصل غير طبيعى منع العضو عن وظائفه لكن البتر حينئذ من حيث انه لا يستدعيه خطر المريض يجب على المريض اولى من ان يكون على الجراح ان يحكم بضروريته اولا ومن الواجب على الجراح حينئذ ان يبين للمريض الالم والاخطار الناشئين من العملية ليزهده فيها فان استمر مع ذلك طالبا العملية فعلى الجراح ان يتممها له فهذه الاحوال الرئيسة التى يصلح فيها البتر وهذه الوصايا اى الشروط لا تتغير غير انها تتنوع بحسب السن والذكورة والانوثة والامزجة والفصول والاقاليم والمحل الذى فيه المجروح * وهنالك احوال كثيرة تلزم رفض العملية وتصير نتائجها مشكوكا فيها وهى اولا وجود مرض مزمن فى الرئة او الاحشاء البطنية وثانيا احتقان العقد اللينفاوية الدال على حالة سرطانية فى الجزء العلوى للطرف * والاحوال التى تعين على نجاح البتر هى اولا الشبوبية فانه شوهد ان الشفاء يكون اسرع ومصحوبا بعوارض اقل اذا كانت الاشخاص شبانا وثانيا قوة البنية فقد شوهد ذلك فى الاشخاص الذين بنيتهم قوية وان كانوا ضعافا بسبب غزارة التقيح وثالثا القوة فقد شوهد سرعة النجاح فى الاشخاص الاقوياء الذين فعل فيهم البتر بسبب جروح جديدة ثقيلة جدا ورابعا البعد عن الجذع فان رجاء الشفاء يكون اكثر كلما كانت العملية

الاحوال التى ينبغى فيها ترك البتر

الاحوال التى تعين على نجاح البتر

لزمن الذى يناسب فيه البتر

فى محل بعيد عن الجذع * والزمن الذى يناسب فيه البتر مختلف فيناسب اولا اذا كان الجرح ثقيلا جدا فانه يجب البتر حالا قبل ظهور العوارض الالتهابية وثانيا اذا كان هناك داء مزمن فلا ينبغى ان ينتظر حتى يقع المريض فى الذبول ويصاب بالاسهال فان ذلك يكون دائما عارضا خطرا وثالثا اذا اضطر للبتر بسبب سفاقيلوس فينبغى فى الغالب ان ينتظر ان تكون الطبيعة جعلت فيما بين الاجزاء الميتة والحية دائرة التهابية وهى علامة على ان الغنغرينا وقفت عن تقدمها ولو فعل بخلاف ذلك لشوهد سعى الغنغرينا نحو الجذع وتملكها من الجزء الباقى من الطرف وتسبيبها لموت سريع ورابعا الداء السرطانى فينبغى ان يسرع بالبتر بقدر الامكان متى كانت العملية مطلوبة لداء سرطانى لانه لو تؤخر بها لتمكن الداء من ان يؤسس جذورا غائرة فى الجسم لكونه يسبب احتقانا فى العقد الليمفاوية للجذع وعند ذلك لا يرجى النجاح *

المحل الذى تعمل فيه البتر

والمحل الذى يعمل فيه البتر مختلف ايضا فيعمل فى اربعة مواضع الاول حذاء الدائرة الحمرا الفاصلة فيما بين الاجزاء الميتة والحية اذا كان هناك غنغرينا الثانى اعلى البورة الصديدية اذا كان هناك تقيح غزير الثالث المفصل العلوى اواى محل يكون قريبا جدا من اعلى هذا المفصل اذا كان هناك كسر تفتتى الرابع السرطان ونحوه من الذات العضوية فينبغى البتر فيها بعيدا عن الداء ما امكن واقله ان لا يبقى اثر الداء فى الجزء الباقى من الطرف *

تهيئة المريض للبتر

ومتى تحققت ضرورية البتر فينبغى قبل تتميمه ان يجهز المريض تجهيزا نفسانيا وطبيعيا فالاول ان يوقع فى نفس المريض عدم كفاية اى واسطة غير العملية فى حفظ حياته وان يخفى عنه جزء من الام العملية واخطارها وانها تحصل له شفاء سريعا والثانى ان يومر له متى كانت حالته الطبيعية مستدعية لبعض احتراسات بتدبير الماكل والمشارب بعض ايام وبالحمية الكلية قبل العملية بيوم وان تستخلص امعاؤه من ارتباكاتها بواسطة مسهل خفيف او حقنة واياما كانت قوة المريض فلا ينبغى ان يفصد قبل العملية لانه لا يمكن تقدير كمية الدم الذى سيفقده زمن العملية وان يستضاء المحل الذى تكون فيه العملية اما بالنور

الطبيعي او الصناعي * وينبغي قبل الانتصاب للبتر ان ينظم باتقان الجهاز اللازم فتصف الالات المطلوبة لقطع الاجزاء في صينية بانتظام وفي صينية اخرى يصف جميع ما يلزم لربط الاوعية ومداواة الجرح * والالات اللازمة لهذه العملية الزائدة الصعوبة هي هذه الاولى الكابسة الثانية سكاكين مستقيمة مختلفة في الطول ذات حد واحد قاطع وذات حدين قاطعين الثالثة مشرط او مشرطان احدهما مستقيم وثانيهما محدب الحد الرابعة شامرة اللحوم وهي رفايد مشقوقة ولا تستعمل الا في بتر طول الاطراف الخامسة مناشير بترية اذا كان البتر في متصل الطرف السادسة ملاقيط ربط وابر خياطة السابعة اخيطة مختلفة الغلظ الثامنة عصايب لزجة من الداخليون ونسالة مهيئة ووسادات وكرات التاسعة رفايد كثيرة مستطيلة رفيعة العاشرة لفافة او لفافتان طول كل واحدة منهما ثمانية اذرع او عشرة وعرضها ثلاثة قراريط الحادية عشر اسفنج رفيع وماء فاتر وخل ومجمرة لتسخين العصائب اللزجة وهذه القطع المختلفة للجهاز ينبغي ان تكون مصفوفة بانتظام على حسب احتياجها كما شرح وعلى الجراح قبل ان يبتدئ العملية ان يحقق بنفسه دائما ان كان كل ذلك مجهزا تجهيزا لايقا ام لا * ومعلوم ان الجراح لا يكفي وحده في الاجتهادات المختلفة التي يستدعيها البتر فيحتاج لمساعدين واحد لضبط الطرف والاخر لضغط الشرايين وثالث يضبط الجزء الذي في اعلى المحل الذي يكون فيه البتر ورابع يناول الجراح الالات بحسب ترتيب الاحتياج اليها وخامس يناول القطع اللازمة لمداواة الجرح وبالجملة فيلزم اشخاص كثيرون يكونون حوالي المريض لتثبت بقية اطرافه وتمنعه من التحرك زمن العملية والمساعدون ينبغي ان ينتخبوا بقدر ما يمكن من الجراحين او من التلامذة الاكثر معرفة * ووضع المريض زمن البتر يختلف بحسب الطرف الذي تكون فيه العملية فينبغي ان يكون مضطجعا على حافة سرير معتدل في العلو او على طاولة عليها طراحة اذا كانت العملية في الطرف السفلي وبخلاف ذلك يجلس اذا كانت العملية في احد الطرفين العلويين * ثم اذا كان البتر في طول الاطراف

المساعدون في البتر

وضع المريض

وضع الجرح

وقف الجراح وحشيها اذا كانت العملية فى العضد اوفى الفخذ ويقف انسيها اذا كان القطع فى الساعد اوفى الساق وامامها اذا كانت فى الكف اوالقدم وبعد تنظيم جميع ماذكر على التعاقب لايبقى على الجراح الا العمل لكنه عليه قبل ذلك ان يجزم بالطريقة التى ينبغى استعمالها فى البتر الذى سيعمله امافى متصل الاطراف اوفى مفاصلها ولنتكلم على كل من هذين البترين فى مبحث يخصه فنقول

المبحث الاول البتر فى متصل الاطراف

هذا البتر اما حلقى واما ذو اهداب اعنى ان فصل الاجزاء الرخوة اما ان يكون حلقيا اومن جهات تتلاقى مع بعضها بحيث يتكون منها اهداب

كلام كلى على البتر الحلقى عموما

البتر الحلقى ينبغى ان يكون بحسب ما نذكره وهو ان اول ما يقطع الجلد ثم العضلات السطحية فالقطع الاول يشتمل على الجلد والطبقة الخلوية تحت الجلد وذلك بان تمسك السكين باليد اليمنى مسكا مالئا للكف ويكون ظهر النصل متجها الى الخلف وباليد اليسرى يمسك الطرف المراد قطعه لتحفظ الاجزاء الرخوة المراد قطعها ثم يمر باليد المتسلحة بالسكين من اسفل الطرف المريض ويثنى الجراح ساعده ثم يضع الحد القاطع للالة وضعا عموديا قريبا جدا من يد الالة على وحشى الجهة العليا من الطرف وحينئذ فينزلق النصل كابسا به قليلا من مفصل الالة اى يدها نحو سنها فاعلا حوالى العضو حلقة تنتهى الى حيث ابتدأت وبعد شق الجلد على نحو ماذكر يمسكه الجراح بالابهام والسبابة من اليد اليسرى ويفصله من الاربطة الخلوية الضامة له بالوتر العريض ثم يقلبه بقدر قيراطين ويمسكه للمساعد الحافظ للجزء العلوى من الطرف ثم يعود الجراح الى الوضع الاول ويضع ثانيا السكين قريبا من ثنية الجلد المنقلب ويقطع فى دفعة واحدة جميع العضلات الى العظم والمساعد يجذب الاجزاء بقوة ثم يقطع الجراح بقطع ثان جميع الالياف اللحمية للطبقة الغائرة التى كانت مكونة لشكل اسفينى من الامام وبعد انتهاء قطع الاجزاء الرخوة تجذب

الى الاعلى برفادة مشقوقة وفى بتر الفخذ او العضد يوضع طرف العظم فيما بين طرفى الرفادة المشقوقة اللذين يصالبان لاجل ان تحيط بتلك الاجزاء من اسفل الجزء الذى سيبقى من الطرف وفى بتر الساق والساعد تستعمل رفادة ذات رؤس ثلاث الوسطى منها تدخل بين العظمين وعلى كل حال فالرفادة تغطى الجزء الذى سيبقى من الطرف ثم يجذبها المساعد بقوة نحو الجزء العلوى للطرف بحيث انها تثبت اللحم وتحفظه من تاثير المنشار وقبل استعمال المنشار تقطع قطعا حلقيا بواقى العضلات والسمحاق ايضا بالمشرط او السكين فى المحل الذى ينبغى ان يوضع فيه المنشار * واما قطع العظم فيمسك فيه المنشار باليد اليمنى ويوضع نصله وضعا عموديا على سطح العظم وتهدى حركاته الاولى بظفر الابهام اليسرى وينبغى ان تكون حركاته الاولى بطيئة وبدون كبس وكلما اخذ فى الغور يزاد فى سرعة جره بدون كبس باليد اصلا ومع ذلك يحترز من ميل الالة لاحد الجانبين وعندما يقرب انتهاء قطع العظم يبطئ فى جر المنشار ويحفظ عن ان لا يكبس به الا كبسا خفيفا جدا خوفا من انكسار العظم ومع ذلك فعلى المساعد الماسك لاسفل الطرف ان يجتهد فى عدم رفعه لئلا يمنع سير المنشار وفى عدم تنكيسه لئلا ينكسر العظم فاذا حصل هذا العارض وبقيت شظايا بارزة فى الجزء الباقى من الطرف فصلت بمنشار صغير او بكماشة قاطعة واذا اريد قطع عظمتين فى آن واحد كما فى الساعد او الساق ينبغى ان يكون القشر اولا فى احدى العظمتين ويبتدئ فى ثانيتهما عند نهاية قطع الاولى والمقصود الاعظم من البتر الحلقى ان يبقى من الجلد والعضلات ما يكفى لتغطية العظم بحيث لا يكون العظم الباقى مجاوزا احدهما وبارزا الى الخارج ويمنع انضمام الاجزاء الرخوة فبذلك يكون العص اى الجزء الباقى من الطرف ذا شكل اسفينى مقعر القمة تلى الجبهة المنشورة والنحم يغطى بسهولة بعد انضمامه العظم والالتحام يكون آمن واسرع ويتغطى العظم بطبقة لحمية تصونه من اثرة رديئة وذلك مهم خصوصا فى بتر الفخذ لان الشخص يضطر لوضع طرف العص على رجل صناعية * وبعد تمام العملية ينبغى سريعا ان تزال الرفادة المشقوقة ويبادر بربط الاوعية التى يكشفها الجراح نفسه ويمسكها فيبتدئ بالشريان الاكبر لكونه

ربط الاوعية

الاسهل وجودا والاهم سدا ثم بقية الفروع التي هي اسهل في كشفها الان الدم يأتي اليها بكمية زائدة فيمسك الجراح الوعاء بالملقاط الشرياني او تشريحي محيطا بكل سمكه متحرسا من ان يدخل معه العصب او الوريد وبعد مسك الشريان يجذبه الجراح الى جهته قليلا ثم يذهب مساعد بالخيط اسفل الشريان ليضم طرفيه من اعلاه ويعقده عقدة بسيطة ويشدها شدا كافيا حتى يتكرش الشريان ثم يعقده عقدة ثانية ولا يكون الشد شديدا جدا خوفا من قطعه وبعد ربط الشريان الرئيس يسعى في التفتيش على بقية الشرايين وربطها على التوالي على نحو ما ذكر * والاخيطة المستعملة لربط الاوعية تكون في الغالب من كتان اوتيل وتكون مبرومة مفردة عند ربط الاوعية الصغيرة ومزدوجة عند المتوسطة وثلاثية للجذوع الغليظة * والجراحون الانجليزيون يستعملون دائما خيطا رفيعا من قنب او حرير وعيب هذه الاربطة انها تنقطع او تقطع الشريان * والغالب ان الجراحين يجعلون بقية الرباط بعد ضم الجرح في الزاوية السفلى للجرح ويذهبون به الى احد جانبي العضو ويثبتونه فيه بقطعة من مشمع * وبعض الجراحين رأى ان ابقاء الرباط خارج الجرح يكون بمنزلة موصل لتلقيح بعض الامراض كغنغرينا المارستان فلمنع هذا الضرر يقطع طرف الخيط ويترك العقدة حوالى الشريان لكن شوهد ان ابقاء هذه العقدة في الجرح بمنزلة جسم غريب تتكون منه خراجات تابعية * ومن حيث ان الحرير والخيط يظهر انهما لا يمتصان فقد جرب بعض الجراحين رباطا مصنوعا من سيور جلد حيوان او من امعاء دود القز مؤملين ان هذا الجوهر يمكن امتصاصه لكن الظاهر ان هذا الامر مشكوك فيه عند معظم الجراحين الذين يستعملون الرباط من الخيط ويقطع احد طرفيه * وقد اخترع من مدة قريبة لي الشرايين بدلا عن ربطها والمستعمل في ذلك جفتان احدهما الاعتيادي المستعمل في ربطها والثاني كل من شعبتيه مستدير من سنه الى الاعلى بقدر قيراط فيمسك الجراح بالجفت المذكور طرف الشريان كمسكه اذا اريد ربطه ويجذبه من سطح العضو الى جهته بعد عزله اياه عن الاوردة والاخيطة العصبية المجاورة له ثم يمسكه بشعبتي الجفت

الاخيطة

لي الشرايين

الشانى لابسفيه فيقبض بهما على جم الشريان مستعليا قليلا عن محل المسك الاول ثم يضغط بهاتين الشعبتين على الشريان ضغطا قويا فتتمزق طبقتيه الوسطى والباطنة ثم يصعد بشعبتى هذا الجفت الى الاعلى قليلا من غيران يفتحهما فبذلك تنقلب الطبقتان المتمزقتان الى الباطن وتذهبان الى الاعلى ثم يلوى الطبقة الخلوية السليمة باليد الماسكة للجفت الاعتيادى خمس ليات اوست مع عدم تغيير وضع الجفت الاخر ثم يزيل الجفت العلوى ويدفع بالاعتيادى الجزء الملتوى فى سمك اللحم وهذه الواسطة استعملت جملة مرات مع النجاح * والذى يظهران الربط احسن لان منافعه ثابتة بالبرهان والتى لا يظهر منه

الحكم على الطريقتين

منافع عظيمة فانه يسبب فى بعض الاحوال خطر المريض * وضم شفتى الجرح فى البتر ينبغى ان يكون فى الذراع والفخذ والساق على وجه به يقرب لحم الجهتين الباطنة والظاهرة الى بعضه ليتكون من ذلك جرح مستطيل من الامام الى الخلف ملحوظا فى ذلك ان يكون المريض منتصبا * وبعد ربط الاوعية

مداواة جرح البتر

وتنظيف سطح الجرح ودائرته من الدم المتجمد ينتصب الجراح لمداواة الجرح بان يضم اولا اللحم على طرف العظم بدون واسطة بينهما وطريقة المداواة تختلف بحسب الاجتهاد فى حصول الالتحام بواسطة او بدون واسطة اما الالتحام بواسطة فكان القدماء معتادين على ان يملؤا الجرح برفادة ونسالة واسفنج وغاريقون وجواهر اخر ويداوون الجرح كبقية انواع تفرق الاتصال باحدا ثهم فيه التقيح واما الالتحام بدون واسطة فمن المعلوم ان الرباط اذا لم يقطع قريبا من الشريان يوضع فى الزاوية السفلى للجرح او فى احد جانبى العص لكن على المحل الاقرب من حافة الجرح ثم يقرب الجراح شفتى الجرح ويحفظهما ممتلاصقتين مقللا ما يجعل بينهما من الاجسام الغريبة ما امكن مع الاجتهاد فى ان لا يبقى خلو اعظيما فى قعر الجرح ولا فى حوافيه فلذلك يقرب المساعد لحم الطرف الى الاسفل ويثبته على هذه الحالة والجراح يكون واقفا امام العص ويضع العصائب اللزجة مبتدأ منها بالوسطى فانه بذلك يسهل فى الغالب وضع بقية هذه العصائب والغالب انه يكفى ثلاثة منها او اربعة ومن الواجب ان تبقى مسافة صغيرة سائبة فيما بين

كل من هذه العصائب وينبغي ان يكون طولها كافيا بحيث تشغل خمسة
قراريط اوستة من كل جانب من جانبي العص فبذلك يتم المقصود من المداواة
وهنالك جراحون يبتدئون بوضع عصابة لزجة حوالى العص ثم ينزلون بها الى
قاعدة الجرح ثم يثبتون عليها بقية العصائب اللزجة ومقصود هؤلاء الجراحين
بذلك حفظ العضلات ومنع التقلص التابعي عنها وتثبيت تقارب حوافي الجرح
وكثيرا ما ينفع ان يوضع على جوانب الجرح وضعا موازيا لقطره الاعظم رفايد
ثخينة على حسب ما يقتضيه الحال وتثبت باللفافة التي ذكرت وهذه الواسطة
هي التي تمنع في كثير من الاحوال تجمع السيال في قعر الجرح وتسبب التحاما
كاملا ثم يوضع على العص كله رفادة رفيعة مصفوفة مدهونة بمرهم ويوضع عليها
بعض وسايد من نسالة وعلى هذه الوسائد رفادة اورفادتان مستطيلتان عرض
كل واحدة منهما يجاوز القطر العظيم للجرح بقليل وتخاط هذه الرفايد برفادة
طويلة ويثبت جميع ذلك بلفافة صغيرة تلف بعض لفات حلقية حوالى قاعدة
العص واذا كان المريض قلوقا احيط امام العص بلفافة اطول من المذكورة *
وقد استعمل بعض الجراحين بدل اللزق اللزجة في ضم شفتي الجرح بعد البتر
الخياطة وهذه الواسطة لا ينبغي ان تستعمل عموما لانها ليست دائما ضرورية
لتحصيل الالتحام بل تسبب المأ وانما هي معدة للاحوال القليلة التي تكون فيها
العصائب اللزجة غير كافية كما اذا كان الجلد قليل التمدد اوبقت حالة الاجزاء منه
قدرا كافيا لكن يحتاج لان يفعل جذب قوي في حوافي الجرح حتى تكون
ملامسة لبعضها وينبغي ذلك ايضا فيما اذا كانت الاشخاص مهزولة والجلد
والعضلات فيهم مسترخيين فحينئذ لا تكفي العصائب اللزجة لحفظ حوافي الجرح
متلامسة ولا في انقلابها الى الباطن * واعلم ان القاعدة القديمة في معالجة
جروح البتر معرضة لان يعرض منها امور صيرورة العص مخروطيا وموت العظم
ونهوكة المريض من غزارة التقيح والالام الشديدة عند كل تغيير على الجرح
وكونها تستدعي اربعة اشهر اوخمسة اوستة اوسبعة اوثمانية حتى يلتحم الجرح
وانه لا ينشأ عنها في الغالب التحام متين بل اثرة رقيقة جدا تتمزق من ادنى حركة

عصابة حلقية

الخياطة

الحكم على الانضمام بواسطة وبدونها

* واما القاعدة الجديدة فشقة الجرح فيها قليلة والحمى معتدلة والتقيح قليل جدا والعصب يبقى مستديرا متينا مغذى تغذية جيدة ويلتحم الجرح فى مدة ثمانية ايام اوعشرة او خمسة عشر او ثلاثين والاثرة تكون صلبة متينة فيتمكن الشخص من ان يستخدم بمهارجلاصناعية وغيرذلك من المنافع التى لاتحصى فينبغى استعمالها دائما الافى الاحوال التى لم يبق فيها فى العصب الا اجزاء غير سليمة واذا تجمع فى مركز الجرح بعد العملية قيح اوانصباب دموى فلا يضم الجرح بل يتخذ لخروج المادة مسلك عريض بازالة العصائب اللزجة اوالخياطة ثم ينظف الجرح ويداوى مداواة رخوة بنسالة رفيعة مع حفظ حوافى الجرح

المعالجة التابعة

بالعصائب اللزجة لكن من غيران تقرب لبعضها وبعد ارجاع المريض لفراشه ينبغى ان يراح فى وضعه ويوضع على الطرف طارة لتمنع الاحفة عن الوقوع على العصب بعد ان يوضع على وسادة رخوة مرتفعا قليلا بحيث تكون العضلات مسترخية والسائلات ممنوعة عن ان تميل الى الذهاب جهة الجرح والمداواة الوقتية ان يعطى للمريض جرعة مسكنة مضادة للتشنج بلعقها مدة اليوم مركبة من منقوع البنفسج او الزيزفون اوالسوسن مضافا عليه عشر نقط او خمس عشرة من اللودنوم ومثلها من الايتير المحلى بشراب بسيط وتنبغى الحمية القاسية ويعطى له مشروب من مغلى الخطمية وان كان رد الفعل شديدا اعطى له مغلى محمض قليلا وتدبير المأكل والمشارب للمبتورين كتدبير ذوى الامراض

تدبير المبتورين

الحادة واصحاب العمليات الكبيرة ثم ان كان المبتورقويا دمويا فصد لتدارك الالتهاب ورد الفعل العام واول تغيير على الجرح لايكون فى اغلب الاحوال الابعد ثلاثة ايام او اربعة بل او خمسة او ستة وهذا الزمن لازم لحصول التقيح وعلى المساعدوقت التغيير ان يحفظ العصب ماسكاله برفق بيديه جميعا من غيران يهزه وقبل ازالة الجهاز بساعة ينبغى ان يبل بماء فاتر حتى تنفصل اللفائف والرفايد والنسالة بسهولة بدون جذب وحال تعرية الجرح يجب تنظيفه بماء فاتر بان يصب عليه برفق ثم ينشف بلطف بخرقة رقيقة او بكرات من نسالة واذا لم يكن هنالك تقيح ولاما يظن انه يكون بورات صديدية فى مركز الجرح فالمحترز عن ازالة

العصائب الزجة وفى خلاف ذلك ينبغى تجديد هذه الاشياء احدها بعد الآخر وبواسطة ضغط لطيف تخرج المادة الصديدية وغيرها الى الخارج وينبغى ان يكون فصل العصائب الزجة من الجانبين متجها بها الى قمة العص لانه اذا كان بخلاف ذلك يخشى عند فصلها من احد الجانبين الى الآخر من ازالة الالتصاق الذى لم يزل ضعيفا ثم بوضع جهاز جديد ويجدد فى كل يوم او يومين على حسب كثرة التقيح وقلته * ثم ان العوارض التى تعقب بتر الاطراف كثيرة وثقيلة فمنها ما يحصل زمن العملية ومنها ما يحصل بعده بزمن ما فالذى يحصل زمن العملية النزيف وهذا ينبغى تداركه ما امكن لانه قد يهلك المريض ويتسبب عن عدم جودة الضغط على الشريان او من عسر مسكه ويتدارك بوضع الوسائط الضاغطة ثانيا باجود من الاول فان لم يكف ذلك وضع على العص كتلة من نسالة وان كان النزيف منبعثا من الاوردة امر المريض بشهيق طويل فيقف النزيف سريعا ومما يحصل زمن العملية ايضا الاغماء والغشى وينشأ آن من النزيف او من الالم او الفزع الذى يحصل للمريض من العملية فيستعمل لتداركه الماء البارد والخل رشا على الوجه او ماء الملكة او الاستنشاق بروح النوشادر وكثيرا ما يشاهد العص عقب البتر مصابا بحركات تشنجية واختلاجية تستمر فى الغالب زمنا يسيرا او تزول فى مدة بعض دقايق وهذه تعالج باشغال الجريح دفعة عن انتباهه للعملية وتشجيعه وتمسيكه طرف نفسه او يمسك المساعد يديه جميعا بقوة حتى تنتهى مداواة الجرح * والذى يحصل بعد العملية امور منها النزيف فقد يحصل بعد مداواة الجرح من عدم ربط شريان مهم او استرخاء رباط او اكثر ويحصل بعد العملية بزمن يسير وفى الايام الاول التابعة للعملية ويتدارك بازالة الجهاز وربط الاوعية التى لم تربط واعادة رباط آخر بدلا عن الذى استرخى * ومنها مخروطية العص وذلك صادر من عدم بقاء مقدار من الاجزاء الرخوة كاف لستر طرف العظم فيكون عليه كوسادة فيكتسب العص شكلا مخروطيا كقمع السكر تتكون قمته من العظم ولا يغطيه الا جلدة رقيقة صهبا تنسلخ من ادنى احتكاك ولا يتمكن المريض من ان يرتكز

عوارض البتر

ما يحصل بعد العملية النزيف

ومخروطية العص

به على عضو منساجى فينبغى فى وقت العملية ان يحترس باجتهاد من هذا العيب الثقيل جدا ومنها بروز العظم فقد يبرز العظم عن الجرح من الاسباب المذكورة بروزا ما فلو خلى العظم ونفسه لاجتهادات الطبيعة لحصل التفلس بوجه بطئ جدا لان ذلك يحتاج الى اربعين يوما اوستين بل والى ثلاثة اشهر او اربعة حتى يسقط الجزء الميت والاولى حينئذ ان يحلق الجزء البارز بالمنشار من اعلى حدود اللحم من بعد ان يفصل عنه هذا اللحم باحتراس ومنها عوارض اخر فان الجروح الصادرة من البتر معرضة لبقية العوارض التى تعترى بقية الجروح كالالتهاب وغنغرينا المارستان والخراجات والتيتنوس ونحو ذلك

الكلام على البتر ذى الاهداب

البتر ذو الاهداب ان يجعل قطع الاجزاء الرخوة على وجه به يحصل منها هدب او اكثر كاف لان يغطى طرف العظم تغطية كاملة وهذه الطريقة قديمة جدا والغالب ان الذى يبقى فى هذا النوع من البتر هدبان وقد يكون هدبا واحدا فقط ويندر ان يكون اهدابا كثيرة فطريقة تكوين الهدب الواحد يستعمل فيها سكين ذات حدين تدخل فى المحل الذى يراد نشر العظم منه وهنالك ينبغى ان تكون قاعدة الهدب وتخرج من محل مقابل لمحل دخولها وبعد اجتيازها فى هذا المحل يذهب بها منحرفا بحدها ويكون الهدب من جهة الجلد ويؤخذ هذا الهدب من لحم الجهة الانسية او الوحشية للطرف وهذه الطريقة غير مستعملة بكثرة فى عصرنا هذا وطريقة تكوين الهدبين ان تدخل السكين كما ذكر لكن من جنبى العظم بحيث تكون هدبين متماثلين وفى هذه الطريقة ينبغى ان توجد الاوعية الرئيسة للطرف فى احد الهدبين حذاء زاوية التقائهما والغالب ان تنتهى العملية بالقطع الاخير للهدب الذى فيه توجد الاوعية الغليظة وبعد تميم ذلك يرفع الهدبان ويقطع العظم كالقطع الاعتيادى وتربط الاوعية وتضم حوافى الجرح بالعصايب النزجة او الخياطة ويداوى الجرح ويتمم كل شئ على ماذكر فى البتر الحلقى وجميع ماذكر فى البتر الحلقى قد يحصل فى هذا * وطريقة البتر

الحكم على هدبين

ابقا عدتين

الحلق هى المستعملة عموما ويجتهد فيها فى ان يكون فى اللحم مخروطى مقعر كثير
الغور اوقليله يختفى فى مركزه العظم ويمكن تقريب الاجزاء الرخوة لبعضها
من احد الجانبين الى الاخر والبتر الحلقى المذكور اسهل واسرع تتميما واقل الما
للمريض من البتر ذى الاهداب وهو لا يخشى فيه الامن ان تتقلص الاهداب
فتفارق الاجزاء المعدة هى لسترها اوانها تنجذب بثقلها الى الاسفل كما قد يحصل
ذلك فى بتر الفخذ فيبرز عظم الفخذ من الامام فيما بينها والاولون المخترعون للبتر ذى
الاهداب كانوا يظنون انهم يصيرون بذلك ربط الشرايين غير محتاج اليه لكن
الامتحان اثبت فساد هذا الرأى وبعضهم كان يزعم انه يمنع حصول تفلس
العظم لكن الامتحان ايضا لم يثبت هذه الفائدة فينتج من ذلك ان البتر الحلقى
احسن من غيره

الكلام على البتر الحلقى خصوصا

البتر الحلقى يكون فى اربعة اعضاء

الاول العضد

بتر العضد قد يتم فى جميع اجزاء سعته فلم يكن له محل مختار منه لان المرض الذى
يستدعى هذه العملية يعين بحدوده المحل الذى يجب فيه البتر لكن من الواجب
ان يكون القطع الى الاسفل ما امكن لامرين الاول البعد عن الجذع ما امكن
الثانى لاجل ان تبقى عدة كثيرة من العضلات سليمة حتى ينفع الذراع فيما بعد
اكثر ما يمكن * والجهاز يشتمل على سكين ذات حد واحد وطولها متوسط وعلى
مشرط مستقيم ومنشار وملقاط وابر واخيطة مشمعة ورفادة ذات رأسين
ونسالة وبعض رفايد مستطيلة ولفافة وخمس عصايب لزجة اوست وهيئة
وضع المريض ان يجلس على حافة سريره او على كرسى ويبعد ذراعه عن جذعه
ويكون موضوعا وضعا افقيا والمساعد يضغط على الشريان العضدى
امابا صابعه من انسى العضد فى ملتقى ثلثه السفلى بثلثيه العلو بين
اذا كانت العملية فى اسفل العضد جدا فاذا كان بخلاف ذلك بان كانت اسفل

رأس العضد وضع فى تجويف الابط كرة من خرق او نسالة وعليها رباط ثم يوضع الحارك على الاخر وقد يضغط الشريان الابطى من اسفل الترقوة على الضلع الثانى اما بواسطة الابهام او بواسطة كرة ذات يد والجراح يقف وحشى العضد ويشق الجلد شقا حلقيا ويفصله عن الوتر العريض العضدى ويرفعه ثم يقطع اللحم الى العظم بقوة ثم يأتى بالسكين ثانيا على ما بقى من اللحم ملتصقا بالعظم وينهى القطع وبعد رفع اللحم بالرفادة المشقوقة التى يذهب بطرفيها الى اعلى ليتصل الباهنالك واحد رأسيها يتجه الى الامام والاخر للخلف ويشق الجراح السمحاق وينشر العظم ثم يربط جميع الشرايين المنفتحة مبتدئا منها بالشريان العضدى الذى يمسكه بشعبتى الملقاط ليعزله عن العصب الاوسط الملاصق له لانه من اللازم ان يحترس من دخوله معه فى الرباط ثم يضم الجرح على وجه به تكون له زاوية مقدمة وزاوية خلفية يجعل فيها اطراف الاربطة

الثانى بتر الساعد

الساعد كالعضد لا يختار فيه محل عن غيره وينبغى ان يكون البتر من الاسفل بقدر الامكان نظر اللعلل المتقدمة فى بتر العضد * والجهاز فيه كجهاز بتر العضد ويزيد عنه سكين بين العظمين وهى ذات نصل رقيق ولها حدان ويدل الرفادة ذات الراسين رفادة ذات ثلاث رؤس ووضع المريض لا يخالف ماذكر فى بتر العضد والساعد يكون ممسوكا افقيا فى حالة متوسطة ما بين الكب والانبطاح بمساعدين احدهما يمسك المرفق وثانيهما خنقة اليد وضغط الشريان يكون من الجهة السفلى للعضد والجراح يقف نسى الطرف والمساعد الماسك للجزء العلوى يجذب الجزء الى اعلى والجراح يشق الجلد بالسكين شقا حلقيا ويفصل الالحمة الماسكة له ويقلبه ثم يشق شقا ثانيا حذاء ثنية الجلد قاطعا به جميع اللحم الى العظم ثم ينهى قطع الاوتار وغيرها من بقية الاجزاء الرخوة ثم يمسك السكين بين العظمين ويمر به بالعرض فيما بين العظمين ليقطع الاوعية والاربطة بين العظمين ثم يسطحه ويقطع بحده اللحم الذى فى طول الكعبرة والزند ثم يخرج

السكين وينفذ بها فيما بين العظمين من الوجه الراحي وبعد ذلك يضع السكين من يده وينفذ الرأس الوسطى للرفادة المشقوقة فيما بين العظمين ويرفع بها اللحم ثم يشق السمحاق وينشر العظم كما ذكر آنفا وبعد تميم العملية يربط على التعاقب الاوعية الكعبرية والزندية الكائنة في الجوانب الانسية والوحشية للعص وامام العظم المصحوب كل منها بعصب ينبغي التحرز من ادخاله في الربط ثم يربط الشريان بين العظمين الكائن نحو الجهة الوسطى للجرح ثم يرد جلد الوجه المقدم والخلفي للساعد ويضمه بحسب القطر الصغير للساعد ومداواة الجرح تكون كما ذكر قبله

الثالث البتر الحلقي للفخذ

ينبغي ان يكون بتر الفخذ دائما الى الاسفل ما امكن لانه يزيد في الخطر كلما قرب للجذع فيصير سطح العص اعظم سعة والجهاز اللازم لذلك لا يخالف جهاز بتر العضد الا ان السكين والرفادة المشقوقة يكونان اعظم والقطع اللازمة لمداواة الجرح لا تختلف عما ذكر هنا ووضع المريض ان يكون مستلقيا على سطح افقي على طرف سرير او طاولة ورأسه مثبتة على وسائد والحوض يكون محاذيا لحافة السرير والرجل السليمة تكون منثنية نصف انثناء ومثبتة بمساعد والرجل المراد بترها تكون موضوعة وضعا افقيا وممسوكة بثلاثة مساعدين احدهم يمسك القدم وثانيهم الفخذ من اعلى الركبة وثالثهم يقبض بيديه الجزء العلوي من الفخذ ويجذب الجلد الى اعلى ومساعد رابع يضغط باصابعه او بالكرة ذات اليد على الشريان الفخذي فوق شعبة العانة منحرفا قليلا من اسفل الى اعلى ومساعد خامس يتوكل بمناولة الآلات ومساعدان آخران يمسكان المريض وبعد التمسك بما ذكر يقف الجراح وحشي الفخذ ويشق الجلد شقا حلقيا ثم يفصله من اربطته الخلوية ثم يقلبه ومن محل ثنيته تقطع الطبقة العضلية السطحية والطبقة الغائرة وبعد ذلك يرفع اللحم بقوة بواسطة مساعد ويضع حد السكين على وسط المخروط ويقطع الطبقات الغائرة للعضلات الملتصقة بالعظم بقدر

قيراطين اوثلاثة سعة ثم يضع رفادة عريضة مشقوقة ذات رأسين يرفع بها اللحم ثم يشق السمحاق وينشر العظم حرتفعا بالنشر ما امكن ثم يربط اولا الشريان الفخذى والفروع الشاقبة وبعض الشعب العضلية ويضم الجرح بحيث يكون له زاوية مقدمة وزاوية خلفية ومداواة الجرح تكون كما ذكر آنفا

الرابع بتر الساق

بتر الساق ينبغي داعما ان يكون فى ملتقى ربعه العلوى بثلاثة ارباعه السفلية اعنى ان يكون نشر العظام اسفل الحدبة المقدمة اوبكرة القصبة باربعة قراريط وهذه الطريقة محمودة فى جملة احوال لانه اذا كان البتر اعلى من ذلك كان على محل تفرع الاوعية المابضية وعلى المفصل الشظي القصبي العلوى واذا كان اسفل من ذلك بقى فى العص طول غير نافع متعب فى المشى وبعض الجراحين اوصى بان يكون بتر الساق الى الاسفل بقدر ما يمكن زاعما انه يمكن ان يوضع للعص حزمة مجوفة مخروطية بها يتمكن المريض من المشى مع ان الامتحان اثبت ان الاثرة تتمزق داعما فيما بين ضغط العظم والحزمة كاتنا ما كان تركيبها وشوهد ان اشخاصا كثيرة فعل لهم البتر بهذه الطريقة ثم استدعوا بالبتر فى المختار من المحلات لان الساق كان ينثنى والركبة ترتكز على ساق من خشب وهذا الطرف من الساق كان متعبا لهم جدا فلذلك هجرت هذه القاعدة بالكلية والجهاز لهذه العملية كجهاز بتر الساعد ووضع المريض ينبغي فيه ان يكون استلقاؤه افقيا مبسوط الساق ومسوكا من مساعد قابض على القدم لاويا له الى الانسية والشريان الفخذى يضغط اما على العانة اوعلى وسط الجهة الانسية من الفخذ بحارك اوبالالة الكابسة والرجل المقابلة تكون محفوظة ومتباعدة بواسطة مساعد ويقف مساعد آخر من الجهة الوحشية يحفظ اسفل الفخذ وهو معد لرفع اللحم والجراح يقف من الجهة الانسية وبعد تعيين المحل اعنى اسفل الحدبة الرضفية للقصبة باربعة اصابع يقطع الجلد قطعا حلقيا بقدر قيراطين ونصف من اسفل ذلك ثم يمسك حافة الجلد بالابهام والسبابة اليسرى ويرفعها برفق فيقطع

الاربطة الخلوية الرابطة للجلد بالوتر العريض وهذا الفصل ينبغي ان يصاحل لحذاء المحل الذي يجب فيه نشر العظم ثم يقطع في مرة واحدة العضلات ويشق بالسكين بين العظمين اللحم بين العظمين على حسب الشروط المقررة في بتر الساعد ثم ينفذ الرأس الوسطى للرفادة المشقوقة في المسافة بين العظمين ويرفع بها اللحم ثم يقطع السمحاق الذي على العظمين ثم يضع المنشار على عرف القصبة مرتفعا به ما امكن حافظا له بظفر الابهام الايسر محددا به سبيل النشر على هذا العظم ثم يميل المنشار الى الوحشية والاسفل على الشظية بحيث يكون النشر في كلا العظمين معا لكن يكون انتهاؤه اولا في الشظية ثم في القصبة * والمعلم بكلا وكان بعد ان يتم نشر العظام كما ذكرنا يزيل الزاوية البارزة لمقدم القصبة فكان بعد ان ينشر العظم كما سبق يقطع السمحاق بانحراف من اعلى الجهة المقدمة للقصبة ثم يذهب بالمنشار على هذا الاتجاه المنحرف من اعلى القطع الاول بقيراط وبهذه الواسطة يمنع التهيج الذي يحصل من الزاوية البارزة جدا للقصبة تحت الجلد * وبعض الجراحين اوصى في بتر الساق المفعول من اعلى جدا بفصل مفصل رأس الشظية فتقطع اربطته المقدمة والخلفية والرباط الجانبي الوحشي وظن ان هذه القاعدة تقلل سعة العص فيكون الشفاء اسرع وبعد بتر الساق ينزف الدم من ثلاثة شرايين رئيسة هي القصبي المقدم والخلفي والقصبي الشظي فينبغي المبادرة بربطها والشرايين التوءمية والسفلية ينبغي ربطها اذا كان حاصلا منها نزيف ثم يضم اللحم ضما جانبيا ويتصب لمداواة الجرح كما ذكر

المبحث الثالث في البتر من المفاصل

مطالعة مؤلفات ابوقراط وجالينوس وابناء العرب تدل على ان القدماء كانوا يفعلون بتر الاطراف من مفاصلها غير ان من المؤكد انهم كانوا يفعلونه فعلا رديئا كالبتر الذي كانوا يفعلونه في اتصال العظام * والبتر المذكور يضطر اليه في اربعة احوال اولا في آفات الذراع والفخذ اذا كانت هذه الافات في اعلى العضو وثانيا في آفات الاصابع لكون البتر من المفصل فيها اسهل ولا يخشى منه ضرر مرجبات البتر من المفصل

وثالثا فى آفات الجزء المقدم من القدم لانه يمكن حينئذ ابقاء جزء عظيم النفع للمريض ورابعا فى آفات الكف لان البتر فى الساعد اطول واشد المأ * ثم ان فصل المفصل من الجهات المختلفة للاطراف ينبغى ان يكون فيه اهداب كافية لتغطية الجرح والضمه بسهولة والغالب ان تكون الاهداب اثنين ويكون كل منها على كل جانب من جوانب القطر العظيم للمفصل المراد فصله وينبغى ان تؤخذ هذه الاهداب من الاجزاء الاكثر ثخنا ولحما وينبغى ان يكون قطعها فى دفعة واحدة بقدر ما يمكن مجتازا فى الاجزاء بسكين حاد نازلا الى الاسفل بقدر الامكان حتى تنفصل تلك الاجزاء ومن المنفعة العظيمة ان تكون تلك الاهداب مهيئة بحيث يكون تفرق الاتصال ذا سعة قليلة فان الصديد الصادر منه يجد له مسلكا سهلا * والجهاز الالى والعلاجى اللازمين للبتر فى المفصل كاللازمين للبتر فى متصل الاطراف الا فى المنشار * ثم ان البتر المذكور يكون فى اثنى عشر موضعا

الاول بتر العضد من مفصله مع المنكب

قد اخترع لبتر العضد من مفصله المنكبى طرق كثيرة ولا تذكر منها الا اثنتين لكونهما المستعملين غالبا * الاولى طريقة دوبيترن وهى ان يقف الجراح بعد تبعيد الذراع عن الجذع بقدر الامكان ووضعه وضعا افقيا من الجهة الانسية ويمسكه ويرفع بيده العضلة الدالية و ينفذ بيده الثانية من الامام الى الخلف سكينا ذات حدين تحت هذه العضلة ملامسة للعظم من اسفل الاخرم وينزل فيما بين العضد والعضلة الدالية ويقطع فى مرة واحدة هدبا وحشيا ينهيه بقطع منحرف ثم يرفع هذا الهدب وينكس الذراع ويذهب بالسكين على المفصل المتعرى ويقطع فى مرة واحدة قطعا محيطا برأس العضد الرباط المحفظى واوتار العضلة فوق الشوكة وتحت الشوكة وتحت الكتف والجزء الطويل للعضلة ذات الرأسين ثم يذهب بحد السكين الى اسفل ويبتدى فى قطع الهدب الانسى وقبل ان ينهيه يسلم العضد لمساعد وهو يمسك بنفسه هذا الهدب ليضغط

طريقة دوبيترن

الشريان وبربطه والعضد الذى تقع فيه العملية اياما كان يمكن فيه مسك السكين باليد اليمنى لكن ينبغى فى استئصال الذراع الايسران يقف الجراح خلف المريض وينفذ السكين فى المنكب من الخلف الى الامام كما ذكرنا واذا كان الجراح اضبط استعمل يده اليسرى للذراع الايسر واليمنى للايمن * الثانية طريقة لريه والمريض فيها يكون جالسا وذراعه مبعد اقليلا عن الجذع والجراح يمسك سكين بتر صغيرة ويشق بها فى الجهة العليا من طرف المنكب شقا يذهب به من الاخرم الى الاسفل بقدر اربعة قراريط ثم يضع الذراع حالا وضعا افقيا ويدخل السكين اولا من الخلف ثم من الامام للعضد فى الشفة الخلفية ثم المقدمة للجرح ويخرجها اسفل الحوافى الابطية التى من هذه الجهة فيقطع هدبين صغيرين يفصلهما حالا مساعد فتتعرى حينئذ المحفظة الليفية من الاعلى والامام والخلف ويشق حال كون السكين مارة تحت العضد وينهى برفق الهدب العصبى الوعائى السفلى مع تمكن المساعد فى هذه الحالة من ان يمسكه من خلف السكين * وطريقة دبويترن معتبر عند الجراحين عموما انها احسن غيران بعضهم يفضل طريقة لريه لان بها ينكشف جميع سطح المفصل وذلك مما يسهل زيادة فصل مفصل العضد

طريقة لريه

الحكم على الطريقتين

الثانى بتر العضد من مفصل المرفق

بتر العضد من مفصل المرفق لم يستعمل الا فى احوال قليلة جدا وبعض الجراحين يعتبر هذا البتر من العمليات المعقولة قليلا ويفضل عليها فى الغالب البتر فى متصل العضد لكن من المؤكد ان هذا البتر مناسب خصوصا فى الاحوال التى يكون فيها عظما الساعد منكسرين واللحم متمزقا وفيما اذا كان فى هذا القسم سفاقيلوس وكان باقيا من المقدم لحم كاف لتكوين هدب يغطى السطح المفصلى ومن النافع دائما ان يبقى للذراع العلوى طول ما امكن وقد اوصى بطرق كثيرة غير انا لا نتكلم الا على طريقة دبويترن لكونها الانسب من غيرها ولكون الساعد فيها يكون اقل مما يكون منثنيا نصف انثناء بقليل * وهى ان ينفذ

الجراح بسكينا ذات حدين نصلها ضيق فى الجزء العلوى من احدى حديق العضد الى الثانية وينزل بها الى اسفل ليكون بذلك هدبا مقدما طوله من قيراطين ونصف الى ثلاثة ويرفعه ويمسكه لمساعد ثم يفصل الاربطة الجانبية والمحفظة المفصلية ثم يبحث عن حالة رأس المرفق فان كان سليما احيط من قاعدته بقطع يعم جلد الجزء الخلفى للمرفق ويكشر ليحفظ وان كان مريضا ازيلت اندغامات وتر العضلة ذات الروس الثلاث وينهى العملية بقطع الجلد ثم يربط الاوعية ويغطى الجزء السفلى للعضد بالهدب الذى يثبت بواسطة عصايب لزجة اوخياطة وابقاء رأس المرفق ان امكن احسن من قطعه لان هذا النتو بانضمامه للاثرة يكون نقطة ارتكاز للعضلة ذات الروس الثلاث العضدية وذلك مما يصير حركات العضو اقوى وأأمن

الثالث بتر الكف من مفصل الرسغ

ينبغى فى بتر الكف ان يكون ثابتا فى حالة الانبطاح والساعد مثبت من مساعد يجذب جلده الى الاعلى والجراح يقف حذاء طرف الساعد ويمسك الجزء المريض باليد اليسرى ويثنيه قليلا ثم يقطع بسكين بتر صغيرة بواسطة شقين جانبيين منحرفين وشق متوسط بينهما بالعرض هدبا يفصله ويرفعه ويسلمه لمساعد ثم يمسك اليد المريضة ثانيا ويقطع اوتار العضلات الباسطة للاصابع والكعبرية واوتار الطويلة الباسطة للابهام والقصيرة الباسطة له والكبيرة المقربة ويقطع الرباط الجانبي الوحشى وينفذ فى المفصل بالسكين اسفل النتو الابرى للكعبرة بينه وبين المربعة الكابية ويقطع الرباط الخلفى ثم الرباط الجانبي الانسى فينفتح المفصل بالكلية ثم يثنى الكف بقوة وينفذ السكين فيما بين العظام والاجزاء الرخوة للسطح الراحى للرسغ ويقطع هدبا مقدما على حسب سعة الجرح مماسا للعظم ويكون الشق بطريقة بها يخرج ذلك الهدب قريبا من راحة الكف والامتناع عن فصل العظم الحمصى وابقاؤه فى الهدب يحصل اذا غاص جدا بالسكين قرب الحافة الكعبرية للمفصل وينبغى فى هذه العملية ان تكون السبابة اليمنى مرتكزة على البروز

الحاصل من هذا العظم وتكون بمنزلة موصل للسكين وبعد ربط الشرايين الكعبرية والزندية الكائنة في كل جانب للهدب المقدم تقرب الهديان على حسب القطر الحلقى

الرابع بتر الابهام من المفصل المشطى

ينبغى للجراح في بتر الابهام بعد ايقاف دورة الدم عن هذا المحل بواسطة الضغط على الشريان العضدى والزندى من مقدم الجهة السفلى للساعد ومسك اليد منبطحة وتباعد الاصابع الاربعة الاخر عن بعضها بواسطة مساعد ان يقف جهة طرف اليد ويمسك الابهام المريض بيده اليسرى ويكون في يده اليمنى مشرط ذو نصل مستقيم ويشق الاجزاء الرخوة الشاغلة للفرجة الكائنة بين هذا الابهام والسبابة ذاهبا بالمشرط من الجانب الزندى للعظم الاول المشطى وعند وصوله للعظم يوجه حد الالة نحو المفصل الذى يفتحه بقطعه للاربطة المحفظية ثم يقلب الابهام الى الوحشية وينفذ بالنصل فيما بين الاسطحة المفصلية متمكنا من الاجزاء الرخوة المكونة لارتفاع تنار اى كلوة الكف فينحيها عن الالة من امامها بان ينفذها فيما بينها وبين العظم وحال ان يلفت حدها الى الامام ينفذها على طول الجهة الوحشية ثم يرد الابهام الى وضعه الطبيعى فينقطع هدبا طوله وعرضه موافقان للجرح الحاصل من الشق الاول ومن حيث ان الشريان الكعبرى ينقطع غالبا في هذا البتر يفتش عليه في الجهة العليا للفرجة الاولى بين العظام ويربط وبعد ذلك يوضع الهدب على الجرح باحكام ويثبت بعصابات لزجة متصالبة على السطحين الراحى والظهرى للكف

الخامس بتر البنصر من مفصله الرسغى المشطى

هذا البتر اعسر من الاول ويسبب ضيقا في فرجة الاصابع وهذه العملية تعمل بشروط الاولى

السادس بتر الاصابع من مفاصلها المشطية السلامية

بتر السلاميات يكون على قاعدتين احداهما يبقى فيها هدبان وثانيتهما يبقى فيها هدب واحد ومن حيث ان اليد تكون منبطحة والاصابع مبعدة عن الاصبع المراد بتره بواسطة المساعد الماسك للساعد يتمكن الجراح من ان يمسك هذا الاصبع بابهامه وسبابتي اليساريين ويثنيه برفق فيعرف المفصل ويضع حد الالة على الجزء الاوسط لهذا المفصل ويشق شقا متجها بحسب اتجاه محور السلامى الى قرب نصف هذا المحور ثم يشق شقا ثانيا عاموديا للشق الاول بتنكيس يد المشرط جهة كف المريض وعند وصوله الى السطح الراحي للاصبع يشق شقا ثالثا موازيا للشق الاول به يبلغ الى المفصل وبعد ذلك يفصل الهدب الاول بتنفيذ نصل المشرط على طول العظم نحو المشط حتى انه يجد مانعا متكونا من الرأس العليا للسلامى فحينئذ يغير اتجاه الحد فيديره عاموديا نحو المفصل وينفذه فيه ثم يمسك جلد الجهة المقابلة للجهة التي دخل منها حتى يبعد ذلك الجلد عن الالة التي يدخلها فيما بين السلامى والاجزاء الرخوة مارا بالالة من الخلف الى الامام فيقطع هدبا مثل الهدب الاول شكلا وعظما واذا كانت العملية في الخنصر او في السبابة وجب ان يكون الهدب من الانسية للاول ومن الوحشية للثاني ويكون كل من الهدبين اطول من اهداب بقية الاصابع وبعد اتمام العملية التي لا يحتاج فيها لربط الشرايين يداوى الجرح حالا مداواة تشتمل على ضغط حوافي الجرح منضمة ملامسة لبعضها بواسطة عصائب لزجة نصفها يوضع على الهدب واطرافها تتصالب على راحة الكف وظهره

السابع بتر الاصابع من مفاصلها السلامية

لابد في هذا البتر من ان يكون الكف منبطحا وجميع الاصابع منضمة لبعضها الا ما يبتر منها فيمسك باليد اليسرى وبعد تحقق موضع مفصله يقطع على السطح الظهري واسفل المفصل هدب منحن محدبه يلي الظفر وبعد تتميم هذا الهدب ينفذ من خلفه نصل المشرط فيقطع وتر العضلة الباسطة ثم الاربطة الجانبية ثم يثني المفصل المفتوح بقوة ويوجه الحد القاطع للمشرط الى الاسفل والامام ملامسا

دائما بالعظم فيقطع هدبا مقدما الطول قليلا من الاول ثم يداوى الجرح كما ذكر
فى المبحث السابق هذه هى القاعدة ذات الهدبين واما القاعدة ذات الهدب
الواحد فلها طريقتان الاولى ان تعمل العملية من السطح الظهرى للمفصل
والثانية ان تعمل من سطحه الراحى ففى الطريقة الاولى تكون اليد منبطحة
وتحفظ كذلك من مساعد يحفظ الاصابع السليمة مثنية ويجذب جلد الاصبع
الواقع فيه العملية الى الخلف ويعرض هذا الاصبع تعريضا جيدا للجراح الذى
يمسك بيده اليسرى طرف هذا الاصبع مثنيا له على زاوية مستقيمة ويشق بمشرط
ذى نصل طويل ضيق الجهة الخلفية للمفصل شقا مستعرضا ويشق فى آن
واحد جلد المفصل ومحفظته ثم يذهب بالمشرط يمينا ويسارا فيقطع الاربطة
الجانبية ثم يذهب به فيما بين العظام فينهى العملية بقطع هدب راحى كاف فى
ان يستر الجرح كله * وفى الطريقة الثانية تعمل العملية من السطح المقدم للاصابع
فيكون الكف منكبا والاصبع محفوظا مثبتا منبسطا بابهام اليد اليسرى
المرتكزة على طرفه حال كون السبابة منبسطة اسفل المفصل المراد قطعه ثم يمسك
المشرط مسطحا وينفذ به من اليمنى الى اليسرى امام المفصل تحت الثنية
المستعرضة المشاهدة فيه اذا كانت العملية فيما بين السلامى الاولى والثانية
ويكون انزل من ذلك بقدر خط اذا كانت العملية فى السلامى الثالثة
فقط ثم يكون هدبا راحيا يرفعه الجراح ثم يفتح الجهة المقدمة للمحفظة ويقطع
الاربطة الجانبية وينهى العملية بقطع الانسجة الخلفية ومن المعلوم ان هذه
العملية اقل سهولة وسرعة فى الاتمام من السابقة ونتايجها ليست بناجحة

الثامن بتر الفخذ من مفصله الحرقفى

اول من خطر بباله من مائة سنة امكان البتر فى المفصل الحرقفى الفخذى جراح
فرنساوى يسمى مرادو ولكن لم تجرب هذه العملية الا بعد هذا الخطور بمدة طويلة
والنتايج الحميدة القليلة تنتج من هذه العملية الثقيلة توجب الجراح لان
يصير محترسا جدا فى استعمالها لكن هناك احوال فيها يفوض الامر فى استعمالها

للجراح الاولى اذا كان رأس الفخذ وعنقه مكسورين من جسم مقذوف كبنبة
وغيرها الثانية اذا كان عظم الفخذ منكسرا من اعلى جدا او ابجزاؤه الرخوة
متمزقة بسعة عظيمة الثالثة اذا فقد الفخذ قريبا جدا من الحوض بحيث
لا يتمكن فيه من البتر الحلقى الرابعة اذا كان مصابا بجرح او بغنغرينا او متوقعة
فيه نحو جزئه العلوى وهذه العملية تتم بطرق مختلفة ولا نذكر منها الا طريقتين
طريقة لاريه * الاولى طريقة لاريه وهى ان يشد أبشق على مسير الشريان الفخذى فى ثنية
الاربية ويربط بواسطة ابرة منحنية ربطا قريبا من القوس الفخذى ما امكن
بحيث يكون الربط اعلى منشأ الشريانين المحيط والغائر فيمنع كل نزيف فى
العملية ثم ينفذ من الامام الى الخلف سكين طويلة مستقيمة تنفيذا عموديا
فيما بين اوتار العضلات المندغمة فى المدور الصغير وفى قاعدة عنق عظم الفخذ الى
ان يظهر سنها خارجا من السطح الخلفى للفخذ فى النقطة المقابلة لنقطة الدخول
ثم يوجه السكين بانحراف الى الاسفل والانسية فيقطع هدبا كبيرا من لحم الجزء
الانسى من اعلى الفخذ والمساعد يرفع هذا الهدب ويربط الشريان السدادى
وبعض فروع الشريان الاستحيائى اللذين انقطعا ثم يقرب الرجل لمقابلتها ويقطع
الجزء الانسى للرباط الحلقى وبعد ادخال سن السكين فى المفصل يقطع الرباط بين
المفصل ويخلع حينئذ عظم الفخذ ويذهب به بالالة من الجانب الوحشى للمدور
العظيم بكون من الاسفل هدبا قطاره يقتضى ان تكون بقدر الهدب الانسى
وينبغى فى مدة العملية ان يربط كل ما انفتح من الاوعية وبعد تتميم العملية
يجعل الهدبين متقابلين ويثبتهما بعصائب لزجة ويغطى ذلك بنسالة ورفائد
مستطيلة ويثبت جميع ذلك بسنبلة الاربية وهى نوع من الحفاظ شكله
كالثمانية بالرقم الافرنجى هكذا 8 بواسطة لفافة طولها نحو اربعة عشر ذراعا
وذلك بان يلف منها اثنين او ثلاثا لفا افقيا اسفل العرف الحرقفى وعند الوصول
للاربية يذهب باسطوانة اللفافة وحشى الحرقفة واسفل ثنية الاربية ثم يصعد
امام الاربية وهناك يتصالب بها اللفة الاولى ويحيط الحوض بلفة حلقية ثانية
جديدة ويرجع بها الى الاربية ويلف لفة اخرى وهكذا حتى تنتهى اللفافة بلف

بعض

طريقة جوبرى

بعض افسات حلقية حوالى الحوض * والثانية طريقة جوبرى وهى ان يوضع المريض وضعا افقيا ويضغط على الشريان الفخذى من فوق العانة ويقف الجراح وحشى الفخذ ويمسك سكينا بترطويلة ويشق شقين منحنيين يقطع بهما الجلد والمنسوج الخلوى ومن حيث انه يبتدئ بهما من اسفل الشوكة الحرقفية المقدمة العليا باربعة قراريط وينزل باحدهما الى انسى الفخذ وثانيهما الى وحشيه فينضمان ويكونان زاوية من الخلف امام الحدبة الوركية ثم يقطع العضلات على الاتجاه المذكور حذاء الجلد المرتفع ليكون هدبين عظيمين احدهما انسى مقدم وثانيهما وحشى خلفى وبعد ذلك يربط الاوعية ويضم الهدبين بواسطة ثلاث غرز خياطة وبعصائب لزجة ويداوى المحل كما ذكر آنفا * واما طريقة دلبيش فتكون بتكوين هدب واحد يقطع من لحم الجزء الانسى للفخذ فقط لان هذا المؤلف قد اعتبر ان الجزء الوحشى للفخذ قليل اللحم واغلب انسجته من وتر عريض فلا يتكون منها الا هدب رقيق لا يقبل انضماما بدون واسطة ويتكون الهدب الواحد بكون سطح الجرح قليل السعة والهدب الانسى يكفى لتغطية المفصل والرجل تكون فى وقت العملية موضوعة كما ذكر وينفذ الجراح سكينا من السطح الانسى كطريقة لريه فيقطع هدبا انسيا طوله ثمانية قراريط تقريبا ثم يتحامل على المفصل من الانسية الى الوحشية فيقطع فى زمن واحد لحم الآلية وهذه العملية عملها كلوت بيك بهذه الطريقة فى مارستان ابى زعبل

التاسع بتره من المفصل القصبى

بتر الفخذ من المفصل القصبى معروف قديما لكنه نادر الاستعمال ومع ذلك فنظن انه يختار عن البتر فى متصل الفخذ فيما اذا كان هنالك كسر تفتتى فى الجزء العلوى من الساق وفى بقية الاحوال التى يكون فيها التخيير بين بتر الساق والركبة وقد اوصى بهذا البتر فى طرق كثيرة لكننا لا نذكر منها الا الطريقتين المستعملتين اكثر من غيرهما الاولى طريقة بلاندين وهذه الطريقة يكون المريض فيها منبطحا على بطنه ويضغط الشريان الفخذى بواسطة الكابسة او الحارك من الجهة

طريقة بلاندين

الوسطى للفخذ ثم يعرف حد المفصل من الخلف ثم يمسك المساعد الساق متثنيا قليلا ويمسك الجراح سكينا طويلة ذات حدين بيده اليمنى اذا كان العمل فى الساق الايسر وباليسرى اذا كان فى الساق الايمن وينفذها حذاء الخط المفصلى ويخرجها من الجهة المقابلة فيقطع فى مرة واحدة هدبا خلفيا طوله من خمسة قراريط الى ستة وفى الحال يمسك مساعد هذا الهدب ويرفعه ويذهب الجراح بالسكين ذهابا حلقيا على الجلد وعلى ما دونه من الاجزاء من الامام ومن الجانبين ويضع السكين على الرباط الخلفى للمفصل ويثنى الساق فيقطع الاربطة الخلفية والجانبية والمتصالبة والرباط الرضفى ويربط الشريان المابضى والشرايين التوءمية والمفصلية وبعد العملية تلصق الرضفة بعظم الفخذ ولا يظهر الا السطح السفلى لهذا العظم ويذهب الى الامام بالهدب الخلفى ويثبت بعصايب لزجة وبعض غرز خياطة * والثانية طريقة ويلبو وفى هذه الطريقة يستلقى المريض على ظهره ويشق الجراح الجلد شقا حلقيا اسفل الرضفة بثلاثة قراريط او اربعة بدون ان يصيب العضلات ويخلص الجلد ويقلبه الى الاعلى ويمسكه مساعد جاذ باله نحو الركبة والجراح يقطع الرباط الرضفى والاربطة الجانبية ويثنى الساق قليلا فيفصل من على الاسطحة العظمية الغضاريف الهلالية ويقطع الاربطة المتصالبة ثم يمر فى المفصل ويتم بقطع اوعية المابض واعصابه وعضلاته حذاء الجلد المرتفع ويكون القطع فى مرة واحدة وبعد ربط الشريان المابضى وبقية الفروع التى تستدعى الربط ينزل الجراح الجلد المنفصل الى اسفل ويقربه من الامام الى الخلف ويحفظه منضما بواسطة عصايب لزجة او غرز خياطة

طريقة ويلبو

العاشر بتر القدم من مفصله الرسغى اى مفصله مع الكعب والعقب والذورقى والنردى

يجب على الجراح من بعد تحقق وضع المفصل الذى تكون فيه العملية وحدوده بواسطة البروز المتكون من الزورقى فى الحافة الانسية للقدم وبالنتو الذى فى الطرف الخلفى للعظم الخامس المشطى الذى يوجد مفصل النردى بالعقب

بعيدا

بعيدا عنه بنصف قيراط من الخلف ان تم البتر المذكور على هذا الوجه وهو ان يمسك باليد اليسرى طرف القدم المريض من سطحه الانسي بحيث يكون الابهام والسبابة على البروزين المذكورين ثم يشق بسكين ضيقة على الوجه الظاهري للقدم شقا هلاليا تحدبه من الامام ويبتدئ به من المحل المعلم بالابهام وينتهي الى المحل المشغول بالافة وهذا الشق يشتمل على الجلد واوتار العضلة الباسطة والعضلة القدمية وبعد كشف الرسغ كما ذكر تنفذ الالة في المفصل الكعبي الزورقي وجهها الحدها بحو الخط الذي يعرض من الجهة الانسية لهذا المفصل منتهيا الى الطرف التردي للعظم الخامس المشطي ثم يقلب القدم على الوجه الانسي ويقطع الاربطة الظهرية ويدخل في المفصل العقبي التردي فيقطعه كالاول بقلب القدم ويقطع الرباطين المفصل وبعد ذلك يمسك الاسطحة المفصلية المتباعدة ويدخل فيما بينها السكين مسطحة تحت عظام الرسغ والمشط ليقطع من الاجزاء الرخوة للوجه الانسي هدبا ينتهي حذاء المفصل المشطي السلامي مع الاجتهاد في ان يكون الجزء الانسي لهذا الهدب اطول من الاول حتى يغطي الجرح تغطية كاملة فان سعته من الانسية اعظم من الوحشية ويربط حالا الشريانات القدمي المنحصر في الهدب العلوي والشريانين الانسيين الانسي والوحشي الكائنين وحشي الهدب السفلي وانسيه ثم يسعى في الضم بعقد اركاف من عصائب لزجة يكون طولها كافيا لان تصعد الى الساق وتشد عليه بقوة لتحفظ الهدب الذي له ميل عظيم لمغادرة لاسطحة المفصلية المغطي هو لها

الحادي عشر بتر بعض اجزاء القدم من المفصل الرسغي المشطي

يلزم في هذه العملية ان يكون الساق والقدم مثبتين بقوة من مساعد والجراح يمسك بيده اليسرى طرف القدم من وجهه الانسي واضعا ابهام هذه اليد على البروز المتكون من الحدبة التي فيها الطرف الخلفي للعظم الخامس المشطي ثم يمسح بطرف سبابة يده اليمنى طول الحافة الانسية للعظم الاول المشطي حتى يصل الى المفصل الرسغي المشطي ليتحقق هذا المفصل فيضع السبابة اليسرى على

هذا المحل وعند ذلك يشق بسكين ضيقة قصيرة ظهر القدم شقا هلاليا محدبه يلى الامام ويبتدى بهذا الشق من المحل الذى فيه الابهام وينتهى به نحو السبابة التى تبعد عند قرب الالة لها والمساعد يجذب الجلد نحو القدم والجراح يمسك القدم من وجهه الظهرى ويقطع الاربطة الضامة للعظم الخامس المشطى بالنردى وينفذ فى المفصل من الجهة الوحشية موجها الحد نحوها على خط يمتد من الجهة الوحشية لهذا المفصل الى الطرف المقدم للاول المشطى وبعد فصل طرفى المشطيين التاليين بتوجيه حد الآلة توجيها منحرفا قليلا يذهب الجراح بالالة ذهابا عاموديا على الجهة الانسية لمفصل الاول المشطى مع الاسفينى الاول متتبعا بالقطع قدر خط من الحافة الانسية للمفصل حتى يمر على الجزء الاوسط للخامس المشطى وبعد ذلك يغير اتجاه الالة فيدير ظهر النصل الى نحوه ثم يغوص بسنها من اعلى الى اسفل فيما بين بروز الاسفينى الاول والمشطى الثانى ثم يرفع يد السكين فيخط بها قوس دائرة لتقطع الاربطة بين المفاصل المتينة جدا الضامة لهذه العظام بعضها ويقطع الرباط المتين الممتد من العظم الثانى المشطى الى الاسفينى الاول ثم يقلب القدم بقوة على وجهه الاخمصى ويقطع الاربطة بين المفاصل وبعد فتح المفصل فتحا كليا ينفذ السكين مسطحة تحت عظام المشط ويمر بها من الخلف الى الامام فيقطع هدبا سعته كافية لان تغطى الاسطحة المفصلية المتعرية واذا كانت العملية فى القدم الايسر ابتدئ بالشق الاول من الجانب الانسى ومن حيث ان هذه العملية فيها بعض عسر ومشقة رأى المعلم كلوكيه ان يصيرها اسهل واقل ايلاما بان يقطع بالعرض بمنشار صغير عظام المشط بدل فصل مفاصلها ومداواة الجرح تكون كما ذكر فى العمليات السابقة المشروحة آنفا

الثانى عشر بتر اصابع القدم

هذا البتر يكون كبتر اصابع اليد الا فى ان يكون الشق ابتدأ بسن المشرط بدل ان يكون بحده كله وفى ان يغوص به الجراح موازيا للعظم حتى يصل

المعالجة السابعة البتر من المفاصل

الى المفصل المقابل الذى هو اغور فى الوضع ثم ينفذ الآلة فيما بين الرأسين المفصليين ويحيط بها على جزء من رأس السلامى المراد قطعها وينهى العملية كما ذكر فى اصابع اليد وبتر اصابع القدم كلها تكون كبتر اصابع اليد الا فى الابهام فانه يبقى فى اصابع اليد ويزال مع بقية الاصابع فى القدم * وبعد تتميم جميع انواع البتر فى متصل الاطراف ينبغى تقريب الاهداب وتطبيقها على اسطحة الجروح وحفظها منضغطة عليها قليلا بواسطة عصائب لزجة ووفائد واربطة ضامة والمعالجة التى يستدعيها المبتورون حينئذ كالمعالجة التى ذكرت فى جميع الجروح الواسعة الثقيلة والبتر فى المفاصل يعقبه شفاء اسهل منه فى البقية وهناك امر حرى بالتنبيه عليه واظن انه ثابت بالامتحانات الكثيرة وهو ان البتر من المفاصل تعقبه غالبا عوارض اقل وهو انجح من البتر فى متصل الاطراف فانه لم يشاهد عقب هذا البتر الشكل المخروطى فى العص ولا بروز العظام ولا النيكروزيس المستطيل الذى يكون من اعلى الجرح بقراريط كثيرة ويمنع الشفاء الاعتيادى لبتر الاطراف فانه بعد نصرة جيش دوبرذامات معظم الذين عملت لهم العملية فى متصل الاذرعة وشفى معظم الذين فعلت لهم العملية من المنكب وذلك لان جرح هؤلاء الاخرين اقل سعة وابسط فكان تقيحه اقل مدة والنحم باكثر سهولة من جروح الاولين وهذه النتايج متحققة غالبا فلتلازم الجراحون بان يقدموا بتر الاطراف من المفصل عليه من نصف طول العظام وايضا هو متعين فى الاحوال التى لا يمكن فيها الا ابقاء اهداب غير كاملة بان يكون البتر فى الاسطحة المفصلية كما فى القدم فان الامتحان يثبت انه تتكون حينئذ اثرة متينة على الغضاريف المتعرية بها يتمكن من حفظ جزء عظيم من الطرف ومفصل القدم بالساق والساق بالفخذ يظهر انهما مستثنيان من هذه الطرق التى ذكرها الجراحون كطرق عامة لكونها حرية بتأملهم فيها واتباعهم لها والله اعلم

هذا آخر مبلغ الراح وغاية الجد فى فن الجراح واعمال اليد خامس كتاب طبع من كتب فنون الطب الجديده المترجمة فى ظل صاحب الطلعة السعيدة طبعته الايادى الوفية من نعمائه العلية من بعد ان نظمته فى سلك الكتب العربية وجعلته درة فريدة فى وسط عقودها الذهبية تتحلى باستعماله عرائس الاشباح وتشفى بشرب رحيقه من بوائق الجراح عزيز المعانى بين آراء المتأملين قريب التدانى من ايدى المتناولين لطيف الشمايل يسر الناظرين سهل التناول لبنا خالصا سايغا للشاربين وكان طبعه بمطبعته الكبرى التى ببولاق الشهيرة القدر فى جميع الافاق ووافق الفراغ من طبع الف نسخة منه يوم الخميس المبارك خامس شهر شعبان المعظم ثامن شهور العام الحادى والخمسين بعد الالف والمائتين من هجرة رسول الثقلين وامام القبلتين صلى الله عليه وعلى آله وصحبه وسلم وشرف وكرم

تم

ظفر الخديوى بالمنى فيما نوى * واعاد عز المصر من بعد النوى
احيى العلوم بها بوابل جوده * حتى الجراحة فزهرها منه ارتوى
فطبع الف من كتاب خصها * وباتقى تلميذ انها عقد القوى
[illegible] الطب تم وارخوا * حاز الخديوى فى اطبته اللوى

٧٧ ٤٩٧ ٦٦١ ١٦

١٢٥١